



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Veronika Dašková

Vedoucí práce: Doc.PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8.8.2018

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení při tvorbě této diplomové práce. Rovněž děkuji své rodině za trpělivost po celou dobu mého studia.

Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči

Abstrakt

Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy:

Předmětem výzkumu je vyhodnotit povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči. Na základě předmětu výzkumu byly stanoveny dva cíle. Cíl 1: Zjistit reálný stav poskytování psychosociální intervenční péče. Cíl 2: Zjistit možnosti nabídky a využití psychosociální intervenční péče ve zdravotnických zařízeních.

Metodika a výzkumný soubor:

V diplomové práci byly využity techniky kvantitativního a kvalitativního sběru dat. Kvantitativní šetření bylo provedeno pomocí dotazníků. Tento dotazník byl rozdán zdravotníkům ve vybraných organizacích (Krajské nemocnice Liberec a.s., Oblastní nemocnice Jičín, a.s. a Fakultní nemocnice Hradec Králové). Velikost výzkumného souboru je 170 respondentů. Kvalitativní metoda sběru a analýzy dat probíhala pomocí polostrukturovaných rozhovorů s peery ve stejných organizacích. Celkem jsme oslovili pět peerů.

Získané poznatky a závěr:

Z provedeného výzkumného šetření vyplývá, že zdravotníci vnímají svou práci jako psychicky a fyzicky náročnou. Náročnost zdravotnické profese je vnímána ve všech věkových kategoriích zdravotníků napříč obory a nezávisle na délce praxe. Polovina dotazovaných zdravotníků uvažovala o změně zaměstnání, kdy důvodem ke změně by byla psychická a fyzická náročnost tohoto povolání. Více než polovina zdravotníků má povědomí o fungování systému psychosociální intervenční péče. Z šetření dále vyplývá, že se zdravotníci ocitají v extrémní psychické zátěži, která by si vyžádala psychosociální intervenční péči. Pouze nízké procento zdravotníků však tuto službu využije. Z provedeného kvalitativního šetření vyplývá, že zdravotníci mají obavu, že nebude zachována jejich anonymita při využití psychosociální intervenční péče, která souvisí s nedůvěrou v peery. Z pohledu peerů je důležitá vyšší informovanost o této službě, pomáhající zdravotníkům v jejich psychicky náročném povolání, jež by zvýšila její využití a efektivitu. Výstupem této práce bude návrh na zařazení témat o psychosociální intervenční péči do pravidelných školení pro zaměstnance.

Klíčová slova

Peer; psychosociální intervenční péče; psychická zátěž; postoje, motivace, supervize.

Awareness of psychosocial intervention care among healthcare professionals

Abstract

Aims, research questions and hypotheses:

The aim of the research is to evaluate the awareness of healthcare professionals about psychosocial intervention care. Goal 1: Identify the real situation in psychosocial intervention care. Goal 2: Identify the possibilities of offering and using psychosocial intervention care in healthcare facilities.

Methods and research file:

Quantitative and qualitative data collection techniques were used. A quantitative survey was conducted using questionnaires distributed to healthcare professionals in selected organizations (Liberec and Jičín Regional Hospital and University Hospital Hradec Králové). The size of the research group is 170 respondents. A qualitative part was realized with semi-structured interviews with peers in the same organizations. In total, we reached five peers.

Results and conclusions:

The research shows that health professionals perceive their work as mentally and physically demanding. The difficulty of the healthcare profession is perceived through all age categories, across disciplines and regardless of the length of practice. Half of the respondents considered a change of a job due to mental and/or physical demands. More than half of health care professionals are aware of psychosocial intervention care system. The survey further shows that healthcare professionals find themselves in extreme mental stress that would potentially require psychosocial intervention care. Only a low percentage of healthcare professionals will use this service. A qualitative survey shows that healthcare professionals are afraid of loss of anonymity when using psychosocial intervention care. This is related to mistrust in peers. From a peer point of view, it is important to be more aware of this service, helping healthcare professionals in their psychologically demanding occupation, which will increase their use and efficiency. The output of this thesis will be a proposal to include topics on psychosocial intervention care in regular training for employees.

Key words

Peer; psychosocial intervention care; mental stress; attitudes; motivation; supervision.

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Systém psychosociální intervenční služby	9
1.1.1 Peer podpora	10
1.1.2 Kvalifikační příprava	11
1.1.3 Možnosti intervencí v krizové situaci pro oblast psychosociálních služeb	12
1.2 Postoje lidí	14
1.2.1 Postoje zdravotníků.....	15
1.2.2 Psychosociální zátěž zdravotníků	17
1.3 Stres definice stresu a vymezení souvisejících pojmů.....	18
1.3.1 Patofyziologie stresu.....	19
1.3.2 Psychická zátěž zdravotníků.....	20
1.3.3 Posttraumatická reakce	20
1.3.4 Akutní stresová porucha a posttraumatická stresová porucha	21
1.3.5 Míra odolnosti vůči stresu.....	22
1.3.6 Syndrom vyhoření.....	23
1.3.7 Morální distres	25
1.4 Osobnostní typologie	26
1.4.1 Psychosomatické nemoci související se stresem	27
1.5 Pracovní motivace.....	28
1.5.1 Pracovní motivace ve zdravotnictví.....	29
1.5.2 Pracovní spokojenost	30
1.6 Duševní hygiena	30

1.7	Supervize	31
1.7.1	Dělení supervizí	33
1.7.2	Metody supervize.....	33
1.7.3	Etické zásady supervize	34
	CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
1.8	Cíle práce	36
1.9	Hypotézy.....	36
1.10	Výzkumné otázky	36
1.11	Operacionalizace základních pojmů	36
2	METODIKA.....	38
2.1	Metodika práce	38
2.2	Charakteristika výzkumných souborů	39
2.3	Způsob statistického testování dat	39
3	VÝSLEDKY.....	40
3.1	Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního šetření v grafech a tabulkách	40
3.2	Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního výzkumu.....	57
4.3	Kategorizace dat dle odpovědí respondentů	60
4	DISKUZE	64
5	ZÁVĚR.....	70
6	LITERATURA:.....	72
8	PŘÍLOHY	79
9	POUŽITÉ ZKRATKY	91

Úvod

Tématem diplomové práce je povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči. Toto téma jsem zvolila na základě svých dosavadních zkušeností a poznatků z oblasti zdravotnictví. Ve zdravotnictví pracuji téměř dvacet let. Mnohdy jsem se ocitla v situacích, které nebyly vždy jednoduché. Rozhodnutím pomáhat druhým, bereme na sebe nelehký úkol. Každý den se setkáváme s radostí, nadějí, pocitem štěstí, ale i s lidským utrpením, bolestí, bezmocí a strachem. Do jisté míry je to pro nás každodenní rutina, ale každý z nás se může dostat do situace, která je pro nás nadlimitní a po které potřebujeme znovu nabít energii a jistotu pro naše další profesní působení. Mít za kým jít a promluvit si o svých pocitech, které nás tíží v pracovním prostředí, se kterými se potřebujeme vyrovnat a smířit, tomuto tématu se věnuji ve své diplomové práci. Mnohdy, ale zdravotníci v každodenní praxi neví, kam a za kým jít. I přesto, že služba psychosociální intervenční péče u nás funguje již řadu let, neumíme nebo nechceme si říci o pomoc a podporu. Neuzavřená a nakumulovaná témata a prožité události mohou zdravotníkům uškodit a zkomplikovat jejich činnosti a mohou vést k poškození těch, kterým pomáháme. Předmětem výzkumu je vyhodnotit oblast pracovní spokojenosti a důvody nespokojenosti a dále zmapovat oblast psychosociální intervenční pomoci a využívání zdravotnickými pracovníky a dále pak identifikovat možnosti, které by mohly vést ke zkvalitnění v oblasti péče o zdravotníky.

1 Současný stav

1.1 Systém psychosociální intervenční služby

Hoffman et al. (2017) popisuje nutnost intervence jako psychické podpory, která vznikla již za první světové války v armádě. Zde bylo prokázáno, že pokud voják o svých frustrujících a stresujících zážitcích mohl s někým mluvit, byl mu poskytnut prostor pro ventilaci svých pocitů, mnohem rychleji byl schopen dalšího boje. Válečné působení peerů se osvědčilo také při dalších válečných konfliktech například v Koreji a Vietnamu a dalších státech zasažených válkou. Po celá období byla tato metoda zkoumána a zdokonalována (Hoffman et al., 2017). V rámci pedagogicko-psychologické činnosti je tato činnost využívána například u dětí, jež prošly šikanou a mohou pomoci dalším dětem tím, že je vyslechnou a tím je ujistí, že nejsou na svůj problém sami (Hoffman et al., 2017).

Dle Hoskovcové (2009) je psychosociální intervence „*odborná činnost vykonávaná konkrétní osobou nebo organizací, jejímž cílem je zlepšení kvality života a snížení utrpení konkrétního jedince nebo skupiny lidí. Jde o činnost, která je reakcí na individuální nebo společenskou poptávku.*“ (Hoskovcová, 2009, s. 9).

Humpl (2018) uvádí, že péče o psychickou pohodu zdravotnických pracovníků je v České republice, mnohem mladší, než ve vyspělých státech světa. V naší republice se počátek váže ke konci dvacátého století, kdy byl realizován projekt Leonardo da Vinci v rámci Evropské unie. Cílem tohoto projektu bylo vytvořit síť pomoci v rámci Evropy, která by pomáhala při zvládání krizových situací u zdravotníků. Projekt získal podporu Ministerstva zdravotnictví České republiky. Za několik let poté byly provedeny první výcviky pro desítky zdravotníků v metodě Critical Incident Stress Managementu (CISM). Tímto výcvikem vznikla v České republice základna budoucího centra pro Systém psychosociální podpory ve zdravotnictví. Do budování systému vstoupilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky a v roce 2009 byl vydán pokyn k založení odborné skupiny. Ta měla za cíl vytvořit a koordinovat systém psychické podpory pro potřeby poskytovatelů zdravotních služeb a zároveň i v zájmu potřeb obyvatelstva. V roce 2010 byl ministrem zdravotnictví oficiálně ustanoven Systém psychosociální služby, který až do roku 2012 odborně garantovalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky. V roce 2011 bylo zakotveno zajištění psychosociálních služeb v zákoně č.374/2011Sb., o zdravotnické záchranné službě, jako součást povinností poskytovatele

ZZS. V roce 2012 přešel Systém psychosociální intervenční služby od Ministerstva zdravotnictví České republiky pod Asociaci zdravotnických záchranných služeb České republiky a odborným garantem se stala Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Zároveň se do projektu zapojila také řada nemocnic. V roce 2014 Systém psychosociální intervenční služby rozšířil svou pomoc také pro osoby zasažené psychicky náročnou situací jako je například sdělení závažné diagnózy a pro pozůstalé při úmrtí blízkého (Humpl, 2018).

1.1.1 Peer podpora

Šeblová a Čepická (2010) se věnuje tématu systému psychosociální intervenční služby, tato služba přichází s pomocí orientovanou na zdravotníky, kteří prožívají profesně náročné, až nadlimitní zátěžové situace. Pomáhá jim obnovovat duševní rovnováhu a vede k pochopení reakce na nadlimitní zátěž. Pomáhá také pomoci nalézt vlastní zdroje ke zvládnutí psychické zátěže. Zdravotník má právo na péči o své duševní zdraví, které podporuje i zákon č. 374/2011 Sb. §16, ods. b. Je známo, že výkon zdravotnické profese je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí dílčích rolí, ale i komplikovaností pracovního prostředí, ve kterém se výkon profese odehrává. Systém psychosociální intervenční služby slouží jako prevence vzniku a rozvoje syndromu profesního vyhoření a snaží se snižovat riziko profesního selhání. Na zdravotníky je pohlíženo jako na profesionály. Proto je zajímavá otázka proč by zdravotníci měli potřebovat psychosociální podporu. Na zdravotníky mohou dopadat vlivy prožitých traumatických událostí, mezi které mohou patřit například nezdařený pokus o záchranu pacienta, sebevražda pacienta, ohrožení vlastního zdraví či života při výkonu profese. Zdravotníci se mohou také dostat do situací, kdy může dojít k úmrtí nebo zranění kolegy při výkonu povolání. Dále mohou také pečovat o pachatele trestného činu. Při plnění povinností může nastat profesní pochybení. Velmi náročné mohou být i situace kdy dochází ke kontaktu s pozůstalými, dále události s velkou pozorností médií, mobbing nebo bossing na pracovišti. V této chvíli přichází peer. Profesní kolega, kterým může být lékař, sestra, sanitář, jenž prošel specifickým výcvikem a získal dovednost pro poskytování podpory při zvládnání psychicky náročných profesních situacích. V případě potřeby je tu pro své kolegy a pomáhá jim uzavřít prožité události, aby se jim nepřipomínaly v situacích, kdy by jim mohly uškodit a zkomplikovat jejich další činnosti. Psychosociální intervenční služba se zaměřuje také na edukaci a získání vhledu, může pracovat s týmem či jednotlivcem, který prošel nadlimitní zátěžovou

situací. Poskytnutí peer podpory však neznamená pomoc farmakologickou, psychoterapeutickou ani psychiatrickou. Jedná se však jen o preventivní psychickou pomoc. Neseme-li si nakumulovaná traumata dále profesním životem, může se plíživě rozvíjet syndrom vyhoření, což může vést až k pochybení a poškození těch, kterým pomáháme. Tato služba je bezplatná a anonymní. Zaručuje profesionální přístup mlčenlivost a diskrétnost. Nejčastěji je poskytována jednorázově, je účelná a směřuje ke zmírnění stresu a stabilizaci situace. Mobilizuje zdroje pomoci k co nejrychlejší obnově fungování zdravotníků, v jejich připravenosti k bezpečnému zvládnutí další úkolů a stimuluje vlastní rezervy obnovy zdraví. Poskytovatelé peer podpory jsou povinni dodržovat etické zásady a řídit se etickým kodexem Systému psychosociální intervenční služby (Šeblová, Čepická, 2010).

Humpl et al. (2013) Velmi často se zdravotníci dostávají do situací, kdy jsou konfrontováni s blízkými nemocných, kteří potřebují psychickou pomoc, dochází u nich k těžkému zasažení nepříznivou zprávou vlivem které, dojde k ovlivnění jejich emočního a psychického prožívání. U člověka, kterého zasáhla akutní stresová reakce, není mnohdy nezbytná přítomnost odborného psychologa, ale je nutné poskytnutí první psychické pomoci, což je obdoba laické pomoci při fyzické újmě na zdraví. Tuto pomoc poskytují vyškolení interventi, jsou to zdravotníci se speciálním vzděláním, kteří dokážou podpořit psychicky zasažené osoby v situaci, kdy se zdravotníci naplno věnují péči o pacienta v život ohrožujících stavech a dále mohou být přítomni při sdělování zprávy o úmrtí. Pomáhají v plánování bezprostředních kroků, které budou zasažení či pozůstalí potřebovat vyřešit. Informují o možnostech další péče, zprostředkovávají potřebné kontakty na krizová pracoviště a centra, které mohou poskytnout další pomoc. Díky kontaktu s blízkými pacienta mohou významně snížit vznik komunikačního šumu či nesprávného pochopení situace. Intervence může trvat od desítek minut až po hodiny je závislá od konkrétní situace a potřeb zasaženého, které jsou pro interventa určující. Týmy interventů pracují při zdravotnických záchranných službách, ale v současné době jsou již i nemocniční interventi (Humpl et al., 2013).

1.1.2 Kvalifikační příprava

Humpl (2018) uvádí, že v roce 2009 byla navázána spolupráce s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, kde byl vytvořen desetidenní certifikovaný kurz *Peer program péče a podpory zdravotnickým*

pracovníkům. *Strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací* (<https://www.nconzo.cz>). V kurzu jsou připravováni do praxe zdravotničtí peeri. Kurz je určen pro nelékařské pracovníky (všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotně-sociální pracovník, zdravotnický záchranář, klinický psycholog, odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví, praktická sestra, sanitář). V rámci kurzu jsou probírány: zátěžové situace v životě, komunikace, poruchy komunikace a komunikační pravidla, psychohygiena, etické otázky náročných životních situací, vzájemná spolupráce rezortní a mezirezortní v oblasti péče o lidské zdroje, organizace psychosociální pomoci ve zdravotnictví, krizové řízení a krizová připravenost ve zdravotnictví, nácvik technik rozhovoru s jedincem a se skupinou, práce s tichem a s nasloucháním, provázení a vedení, práce s časem, způsoby navázání kontaktu, empatie, zrcadlení pocitů, znalosti a schopnosti užití pravidel bezpečné činnosti peera. Časová dotace kurzu je 56 hodin teorie a 30 hodin praktických nácviků. Tento výcvik je zakončen kolokviem. Peer je povinen si udržovat svou kvalifikaci a jednou za rok se účastnit odborné akce, která je zaměřena na problematiku psychosociální intervenční služby. Intervent musí absolvovat výcvik „První psychická pomoc ve zdravotnictví“, či jiné vzdělání se zaměřením na krizovou intervenci. Poté může poskytovat první pomoc osobám blízkým či pozůstalým, popřípadě poskytnou pomoc samotnému pacientovi (Humpl, 2018),(NCONZO, ©2018).

1.1.3 Možnosti intervencí v krizové situaci pro oblast psychosociálních služeb

Dle Špatenkové (2011) krizová intervence je jakýsi zásah či zákrok, který přichází v krizi. Jedná se o specializovanou pomoc osobám v situaci, která může vyvolat stav nerovnováhy v navyklém způsobu života, jež přesahuje adaptační možnosti člověka i běžných obranných mechanismů. Krizová intervence zahrnuje také formy pomoci, které mají za úkol navrátit jedinci psychickou rovnováhu, která je narušena kritickou životní událostí (Špatenková, 2011). Možnosti pomoci dělí na psychologickou, ta spočívá v znovuoobnovení psychické rovnováhy a zabrání rozvoji dezorganizace. Dále na lékařskou pomoc, která zahrnuje psychiatrickou intervenci včetně psychofarmakologické intervence (Špatenková, 2011).

Další možností je sociální pomoc zakotvena v legislativě v zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách „*tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování*

sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. (2) Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. (3) Tento zákon se použije na právní vztahy, které nejsou upraveny přímo použitelným předpisem Evropské unie (https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/Zakon_o_socialnich_sluzbachstav_do_30.9._2017.pdf).“ Další možností je právní pomoc, a to zejména v oblasti sociálněprávní, která je v kompetenci právníků (Špatenková, 2011).

Baštecká (2009) dělí pomoc v krizi na neformální tedy přirozenou pomoc v krizi a krizovou intervenci formální, která přichází, když neformální pomoc selhává nebo je-li nedostatečná (Baštecká, 2009).

Špatenková (2011) dále uvádí, že krizovou intervenci tvoří aktivity zaměřující se na poskytnutí bezpečí, emocionální oporu, usnadnění komunikace, vedení klienta a pomoc při ventilaci emocí, dodávání naděje, konfrontaci s realitou, zhodnocení klientových adaptačních a obranných mechanismů, mobilizace zdrojů pomoci a vytvoření plánu pomoci (Špatenková, 2011).

Kopřiva (2016) rozděluje intervence do čtyř základních typů. Prvním typem intervence je **instrukce**, je to forma direktivní. Jedná se o radu či doporučení, nebo návod k jednání, který se opírá o hodnocení problémové situace. Vyslovit však nějakou radu není jednoduché, může to být naopak velmi složité a mnohdy takovou ani nenajdeme. Nižší direktivu má **komentář**, na problém odpovídá intervent vlastním stanoviskem a staví tak problém a do jiného světla. Často poukazuje na pozitivní rys, nebo může hovořit o vnitřních pocitech, což učiní jednání v dané situaci pochopitelnější. Komentář však nenavrhuje návod k jednání, ale spíše pohled, jakým se lze na věci dívat. Třetím typem je intervence pomocí **kladení otázek**. Otázky patří do základní formy intervence, jsou systematické, ale nesmí být sugestivní, mají nastínit jiný úhel pohledu, pomáhají ujasnit si a vyvolávají nové myšlenky a nápady. Kladení otázek se musíme naučit. Posledním typem je **rezonance**, což je zrcadlení. Intervent pouze naslouchá a opakuje jen to nejdůležitější, co slyší. Účinek této intervence souvisí se silným citovým poznáním, protože v běžném životě, již nikdo nikomu delší dobu nenaslouchá (Kopřiva, 2016).

1.2 Postoje lidí

Novotná (2008) uvádí, abychom pochopili potřebu psychosociální pomoci je nezbytné se zabývat také postoji lidí v jejich sociálním prostředí. Zakladatel sociologie August Comte ve čtvrtém dílu svého díla „Cours de Philosophie Positive“ vytvořil pojem „sociologie“. Pojem „sociologie“ vznikl z pojmu „společnost“ a „rozum“, prosadil ho i přes námitky lingvistů, kteří poukazovali na latinsko-řecké složení. Předmětem sociologie jsou sociální jevy. Vše, co se děje mezi lidmi je sociální. Podmínkou všech sociálních dějů je tedy, že jsou lidé spolu, sdružují se, tvoří společnost, a proto je někdy označována jako věda o společnosti a sociálním jednání. Sociologie pozoruje, co se děje mezi lidmi, nikoliv co se děje v lidech. Pokud myslíme sociologicky, o něco plněji rozumíme lidem kolem nás, jejich touhám, snům, starostem a trápením. Sociologické myšlení však může napomoci k solidaritě mezi námi a k solidaritě založené i na vzájemné úctě a porozumění (Novotná, 2008).

Dle Bártlové (2009) vztahem mezi obsahem a formou sociálních jevů se zabývalo mnoho sociologů. Sociologie sociální jevy zkoumá, popisuje, analyzuje a interpretuje. Problematika sociálních vlivů patří k nejslabším místům odborného i laického myšlení (Bártlová, 2009). Jeden z prvních sociologů, který se hlouběji zabýval sociálními souvislostmi zdraví a nemoci a jejich vzájemným prolínáním byl představitel francouzské sociologie Émil Durkheim, jehož práce z roku 1897 *Le Suicide* je citována dodnes. Autor vychází z toho, že sebevražda není individuálním, nýbrž sociálním jednáním. Protože každý člověk, který se dostane do nepříznivých sociálních vlivů, se může stát sebevrahem (Durkheim, 2006). Bártlová (2009) uvádí, že do sociologie zdraví a nemoci se zapsal T. Parsons, který vydal v roce 1951 knihu *The Social System*. Jeho základní myšlenka spočívala v tom, že společnost je samoregulující se systém, který v jedné části vyvolává reakci v jiné části systému kompenzací. Sociální rovnováha systému, závisí na tom, jak je u členů systému motivován pocit sociální povinnosti. Tento pocit souvisí s plněním rolí. Sociální svět je dynamický, pohyb je jeho hlavní složkou. Dynamika sociálních procesů vede k trvalé sociální změně. Sociální změnou rozumíme, hlavně změnu sociální struktury a relativně trvalou změnu vzorců chování, jestliže předpokládáme, že změna směřuje někam a k něčemu pak ji můžeme označit jako sociální vývoj nebo pokrok. Teorie sociálního vývoje hledají odpovědi na otázky „kam směřujeme“. Představy Augusta Comta přinesly v počátcích sociologie neoptimističtější pojetí sociálního vývoje. Jednání člověka je vždy zaměřeno na

dosažení určitého cíle. Cíl však může být často mlhavý a neurčitý. Každý sám si určuje cestu, kterou k danému cíli dojde, ta je však také dána tím, jaký je, jak je socializován a v jaké sociální situaci se nalézá. Sociální jednání se vždy děje v sociální interakci. Současná sociologie považuje za cíl jednání, jako naplnění nějaké potřeby. Každý z nás má mnoho potřeb a máme zájem je uspokojit. Protože jsme bytosti sociální, vybíráme si většinu svých potřeb v sociální interakci. Naše potřeby jsou výsledkem našich představ o potřebách jiných lidí, s nimiž chceme tyto potřeby sdílet (Bártlová, 2009).

1.2.1 Postoje zdravotníků

Bártlová, Chloubová, Trešlová (2010) zdravotnické profese řadí do kategorie pomáhajících profesí. K pomáhajícím profesím patří i rizika přítomnosti závislosti jednoho na druhém a prožívání emocí. Zdravotník je tedy ohrožen tím, že se vcítí a obětuje pro své klienty. K dosažení vysokého standardu péče jsou vyžadovány na zdravotnících nové požadavky, širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a doprovázejí nemoc a zdraví jedince nebo skupiny. Sociologické teorie se stávají součástí vzdělání zdravotníků a podmiňují kvalitu jejich výkonu. Pomáhají pochopit a poznat postoje a hodnoty jednotlivců nebo skupin včetně rodin. Dokážou pochopit dynamiku sociálního zdravotnického systému, zejména jeho specifčnost, role v něm, tak, aby dokázali spolupracovat a dosáhnout co nejvyšší kvality péče, která podporuje zdraví a solidaritu ve všech skupinách, v nichž péče probíhá. Zvyšující se autonomie vede k nutnosti prohlubovat své vzdělání a profese vyžaduje spjatost s medicínskými, sociologickými a psychologickými znalostmi (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Dle Bártlové, Chloubové a Trešlové (2010) sociologie nahlíží na profese jako na povolání, které mají specifické rysy odlišující je mezi sebou a dodávají jim vyšší status ve společnosti. Nabízejí se otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha zdravotníka ve stávající legislativě, jaké má podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh. Jaké postoje má veřejnost k profesi zdravotníka. Velmi důležité je proto i pracovní prostředí, které je podmíněno charakterem vykonávané práce a v širším slova smyslu. To je ovlivněno sociálními faktory a mezilidskými vztahy, způsobem organizace a řízením. Pracovní prostředí má velký vliv na pracovní výkon. Pracovní spokojeností můžeme rozumět v podstatě příjemný pocit, který se váže k vykonávané práci a také k uplatnění vlastních schopností, k finančnímu ohodnocení práce, k užitečnosti

výsledků pracovní činnosti a k sociálnímu prostředí, ve kterém je pracovní činnost realizována. Bezpečné pracoviště je předpokladem pro pozitivní pracovní prostředí. Nebezpečí pro zdravotníky, ale i pro pacienty plyne z nadměrného pracovního zatížení zdravotníků. Práce zdravotníků patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Bártlová, Matulay (2009) uvádí, že se zdravotníci pohybují v prostředí, kde se mohou setkávat s infekčními chorobami, chemickými látkami, ale i s radioaktivním zářením. Musí však také zvládat fyzicky náročnou manipulaci s pacienty a těžkými břemeny, ale hlavně jsou přetíženi psychickým stresem a odpovědností za svěřené nemocné. Nesoulad mezi tím, kolik práce je vyžadováno a kolik práce mohou ve skutečnosti udělat, ohrožuje jejich zdraví. Vysoké pracovní zatížení zhoršuje negativně pracovní podmínky. Mezi negativní podmínky můžeme zařadit i časový tlak, odporující si pokyny, přerušování práce, nedostatečné dovednosti a znalosti, ale i nedostatečné nebo nedostupné zdroje. Aby se bezpečnost zdravotnických pracovníků a pacientů stala charakteristickým znakem organizační kultury ve zdravotnickém zařízení je důležité a nutné stanovit si indikátory bezpečí pro bezpečnou práci a bezpečnou péči. Vytváření pozitivního pracovního prostředí pro zdravotníky by mělo být nejsilnější determinantou pro řídicí pracovníky zdravotnických zařízení. Jelikož takové prostředí povede k optimalizaci produktivity a ke spokojenosti zdravotníku a tím i pacientů (Bártlová, Matulay, 2009).

Profese zdravotníka na všech úrovních od sanitářů, ošetřovatelů, sester, lékařů a záchranářů je zatížena psychosociální zátěží vyplývající z výkonu profese, která je dána náročností tohoto povolání. V dlouhodobé perspektivě v důsledku nepřiměřených požadavků a omezené pozitivní odezvě dochází k příznakům chronické nespokojenosti, poruchám přizpůsobení a pracovní demotivaci. Psychosociální zátěž je zvyšována nedostatečnou přípravou zdravotníků na náročné úkoly související s péčí o těžce nemocné, kontaktem s nemocnými na konci jejich života, s pacienty se závažnými diagnózami, ale i s problémovými jedinci. Přičemž nejsou vyčerpaní vlastní péčí o skupiny těchto nemocných. Spíše však nedostatečnou přípravou na náročnost sociálního kontaktu s nemocnými a jejich rodinnými příslušníky a dále na poskytování psychologické podpory a řešení sociálních problémů (Bártlová, Matulay, 2009).

1.2.2 Psychosociální zátěž zdravotníků

Pešek a Praško (2016) uvádějí, že je často diskutován i syndrom vyhoření, čímž je označován stav masivního vyčerpání, který je studován již od roku 1974. Syndromem vyhoření trpí obvykle lidé odpovědní a pracovití, kteří často myslí více na druhé, než na sebe a kteří se během svého života snaží stihnout co nejvíce. Od začátku svého života se učíme, jak se vyrovnávat se stresem. V dřívějších dobách lidé bojovali s hladem, nemocemi, válčili s různými agresory. V současnosti v relativně bezpečné, blahobytné společnosti je jedním z našich hlavních nepřátel stres, který souvisí se stylem našeho života. Chceme odvádět hodně kvalitní práce, musíme být však pružní, kreativní, komunikativní na naše pacienty příjemní. Vedle toho, ale chceme být i dobrými partnery, rodiči a přáteli. Navíc chceme svůj život co nejvíce autenticky a plnohodnotně prožít, ale dostát kultu výkonnosti a dokonalosti, je často náročné, až nemožné. Tímto jsme dennodenně vystavováni silnému stresu. Lidé se často vyčerpávají tím, že svou energii zaměřují jen jedním směrem a zanedbávají další důležité oblasti svého života, což jsou někdy i hlavní opravdové zdroje životní radosti a energie. Lidé, kteří jsou v životě spokojeni, jsou i odolnější vůči stresu. Jeden z modelů životní spokojenosti říká, že náš život má stát na třech pevných pilířích: práci, rodině a volném času. Tyto tři oblasti by měly být v našem životě rovnoměrně rozprostřeny, protože „stůl životní spokojenosti“ je nejstabilnější tehdy, je-li podpírán třemi silnými nohama. Pokud je však dlouhodobě postaven jen na dvou, nebo na jedné noze, životní spokojenost, psychická odolnost a emoční stabilita se stává velmi vratkou. Čtvrtou oblastí, která stojí uprostřed výše zmíněných pilířů je člověk a jeho osobnost se svým psychickým prožíváním a emocemi. Mechanismus emočních reakcí není doposud dobře znám. Víme jen, že hlavní řídicí oblastí těchto dějů v mozku je limbický systém. Emoce jsou úzce svázány s myšlenkami, představami a vzpomínkami. Emoce pomáhají lépe porozumět světu, prožívat zážitky ze vztahů. Emoce rovněž zvyšují motivaci k určitému chování a slouží též k seberegulaci. V pracovním prostředí se mohou emoce podílet na vyhoření a psychické frustraci. V naší kultuře je vyjadřování emocí spíše potlačováno. Je to považováno za něco dětinského, animálního, ohrožujícího, iracionálního, až zbytečného. Své opravdové pocity v sobě mnohdy zadržujeme a přesvědčujeme se, že bychom měli cítit něco jiného. U mnoha lidí, kteří jsou vystaveni dlouhodobému intenzivnímu stresu, jsou emočně vyčerpání nebo vyhořelí se často rozvine deprese nebo úzkostná porucha. Lidé si neumějí říci o pomoc a následkem toho se dlouhodobě

přetěžují, až vyhoří. Požádat někoho o pomoc nebo podporu je dovednost, kterou často neumíme, nebo nám v ní brání škodlivé postoje (Pešek, Praško, 2016). Jak uvádí Bria et al. (2012) zdravotníci jsou vystaveni vlivu silného stresu obzvláště kvůli emocionální a interpersonální interakci. Tato dlouhodobé namáhání může vést k symptomům vyhoření, vlivem kterého může dojít k depersonalizaci a omezení profesionální účinnosti a může mít negativní účinky a důsledky pro jednotlivce i pro organizaci (Bria et al, 2012).

1.3 Stres definice stresu a vymezení souvisejících pojmů

Venglářová (2011) uvádí, že za zakladatele učení o stresu je považován kanadský lékař maďarského původu Hans Selye, k jehož nejznámějším dílům patří kniha Poznámky o adaptačním syndromu. Stres, tento termín byl používán v technice a průmyslu ve vztahu k fyzikální síle působící tlakem. Selye tento termín přenesl do biologie, kde byly tímto pojmem označovány změny v biologickém systému, přičemž vyvolavateli byli nejrůznější škodlivé vlivy.

Křivohlavý (2012) popisuje stres jako vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně. Na jedné straně protikladných sil stojí zatěžující faktory stresory, které na nás působí negativně a na straně druhé jsou obranné salutory. Pokud jsou obě strany v rovnováze nebo je-li síla salutorů vyšší, než stresorů cítíme se dobře. Může však dojít k převaze stresorů a dochází ke stresu. Při překročení zvládnutelné hranice, pak mluvíme o distresu negativním, až patologicky působícím stresu. Člověk pohybující se dlouhodobě ve stresu nebo v distresu je ohrožen nebezpečím ohrožení psychického vyhoření (Křivohlavý, 2012).

Venglářová (2011) uvádí: *Distres je stres nepříjemný, který ve větší míře působí škodlivě tím, že vede k přetížení člověka a v dané situaci převyšuje jeho možnosti* (Venglářová, 2011, s. 49).

Pešek a Praško (2016) rozdělují stresory na fyzické, mezi které patří chlad, hluk, nadměrné vizuální podněty, psychické, kam řadí časovou tíseň, emočně nepříjemné myšlenky, představy a vzpomínky a do sociálních, které se promítají do psychického prožívání, náleží konflikty s lidmi, odmítnutí a ztráta blízké osoby. Tyto pak spouštějí stresovou reakci a nepřiměřené prožívání všech událostí, ohrožuje zdraví, emoční

stabilitu, výkon, kontrolu nad životem, sociální a ekonomickou situaci (Pešek, Praško, 2016).

Venglářová a kol. (2011) uvádí, stres můžeme chápat také jako silnou frustraci. To je stav zklamání, zmaření, chronické neuspokojování potřeb, které má zdravotní následky. Se stavem frustrace souvisí deprivace, strádání, kdy má člověk nedostatek smyslových či citových podnětů (Venglářová a kol., 2011).

Křivohlavý (2012) považuje jako nejčastější příčinu, která vede k syndromu vyhoření neuspokojení potřeb existenciálních, a to potřeb smysluplnosti života, smysluplnosti vlastní činnosti, práce a žití (Křivohlavý, 2012).

1.3.1 Patofyziologie stresu

Pešek a Praško (2016) popisují, že stres je obvykle definován jako stav zátěže na organismus. Stresory, jejichž vlivem dochází ke spuštění stresové reakce, která organismus připravuje do stavu pohotovosti a připravenosti. Stresová reakce mobilizuje energii pro rychlou reakci. V organismu dochází k uvolnění adrenalinu a noradrenalinu a je aktivován sympatikus, fyziologicky dochází k zúžení cév, zrychlení dechu a srdeční frekvence. Zvyšuje se krevního zásobení a napětí kosterního svalstva. V hladké svalovině trávicího traktu dochází ke snížení napětí, dále dochází k rozšíření zornic a odkrvení prstů (Pešek, Praško, 2016).

Dle Venglářové a kol. (2011) můžeme příznaky stresu rozdělit na fyziologické, psychologické a behaviorální, přičemž příznaky behaviorální se objevují jako první. Řadíme mezi ně nerozhodnost, změny v chování, změny v denním rytmu, změny ve vztahu k potravě, objevuje se snížená pozornost, ztráta chuti do práce a zhoršující se kvalita práce. Mezi psychické příznaky řadíme změny nálad, zvýšenou podrážděnost, úzkostnost, únavu, a snížení emocionálních postojů vůči sobě a druhým. Z fyziologických příznaků je časté bušení srdce, bolesti hlavy, bolesti za sternem, bolesti břicha, plynatost, průjem, nechutenství, poruchy v sexuální oblasti. Stresová reakce probíhá v ose hypotalamus, hypofýza, nadledviny. Organismus se vyrovnává se stresem za pomoci obecného adaptačního syndromu, který se skládá ze tří fází: 1. fáze neboli poplachová reakce, ve které dochází k mobilizaci sil ke zvládnutí zátěže. Ve 2. fázi dochází k rezistenci, organismus se vyrovnává s nepříjemným vnějším vlivem, adaptuje se na stresor. V 3. fázi přichází vyčerpání vlivem dlouhodobého působení

stresorů. Organismus ztrácí adaptační a regulační mechanismy to může vyvolat zoufalství nebo apatii (Venglářová a kol., 2011).

Křivohavý (2010) přirovnává stres do určité míry ke sněhové kouli, která se při intenzivním tlaku mění v kus ledu (Křivohlavý, 2010).

1.3.2 Psychická zátěž zdravotníků

Jak uvádí Vévoda a kol. (2013) pro práci zdravotníka je typickým rizikovým faktorem psychická zátěž. Jde o psychický proces, ve kterém jsou zpracovávány vlivy životního a pracovního prostředí a vyrovnávání se s nimi. Hodnocení psychické pracovní zátěže je možné provádět pomocí metod založených na subjektivní odezvě organismu. Dále také psychologickými výkonovými testy a metodami spočívající ve zjišťování změn ve vylučování hypofyzárních a nadledvinkových hormonů. U zdravotníků působí psychickou zátěž vysoká náročnost práce, směnová noční práce, vysoká odpovědnost, působení lidského utrpení, bolest, mohou to být i interpersonální vztahy na pracovišti (Vévoda a kol., 2013).

Dle Bartoškové (2006) můžeme do psychické zátěže zdravotníků ještě zařadit nutnost rychlého rozhodování a účelného jednání, vyrovnávání se s pocity bezmoci, komunikace s příbuznými pacientů, nízké ohodnocení práce (Bartošková, 2006). Honzák (2015) chápe zdravotníky a pomáhající jako profese, které do své práce investují mnohem více než své znalosti a dovednosti, odevzdávají část své osobnosti. Jak uvádí, práce s lidmi je mnohem náročnější než práce s neživým materiálem. S lidmi soucítíme, jelikož jsme vybaveni vlastností – empatií. Díky empatii jsme naladěni na stejnou vlnu jako pacienti. Pokud mají zdravotníci vydržet náporu pocitů, které se u nich objevují při setkávání se s utrpením, musí se určitým způsobem obrnit. Pomáhající totiž často zapomínají, že i oni mají stejný biologický organismus, jako ti, kterým se věnují a pomáhají (Honzák, 2015). Jak uvádí Kopřiva (2016) je třeba, aby pomáhající věnovali pozornost i sami sobě, aby pomáhání pro nás bylo radostí a ne břemenem (Kopřiva, 2016).

1.3.3 Posttraumatická reakce

Reakce na stres je procesem. Tyto reakce popisuje Vágnerová (2012), jsou zachyceny do tří fází. Způsob, jakým člověk zvládne stresovou reakci, a jak se s ní vyrovná, funguje jako zkušenost, která ovlivní budoucí reakci na další podobnou situaci. Někdy

se může stát, že dojde k selhání, které zanechává na člověku určité poškození, mluvíme o traumatu. Trauma se projevuje potížemi v oblasti emocionální, kdy člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, časté je prožívání úzkosti s obavami z budoucnosti a smutek. Trauma zasahuje do uvažování člověka, narušuje jeho objektivitu, která je ovlivněna jeho citovými prožitky. Tyto změny se mohou výrazně promítnout do chování, které bude zaměřeno na únik před další traumatizací, která by mohla nastat a tím dochází k izolaci. Traumatizace může být jednorázová, nebo se může opakovat a je pro člověka zdrojem stresu. Posttraumatickou reakci mohou vyvolat pocity ztráty, změny v sociálním postavení. Uvědomění si dané situace je doprovázeno psychickými reakcemi. Člověk může prožívat krizi, jde o narušení psychické rovnováhy. Vzniká náhle, vyhocením situace nebo z důvodu dlouhodobé kumulace nebo nárůstu problémů, přičemž dochází k selhání adaptačních mechanismů. Krizi můžeme dle Vágnerové chápat jako vyjádření existence nezvládnutého problému. Obvykle je doprovázena negativními citovými prožitky, mění se uvažování a hodnocení. Zvládnutí krize však dává možnost nalezení nových způsobů jednání a přispívá k rozvoji jedince. Deprivací nazývá stav, kdy nejsou v dostatečné míře uspokojovány přiměřeným způsobem potřeby v oblasti biologických či psychických potřeb. Deprivace patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům a může vést k narušení psychického vývoje nebo ke vzniku specifických psychických odchylek. Deprivace rozlišujeme podle oblastí strádání na deprivaci v oblasti psychických potřeb, podnětovou deprivaci, kognitivní deprivaci, citovou a sociální deprivaci (Vágnerová, 2012).

1.3.4 Akutní stresová porucha a posttraumatická stresová porucha

Vágnerová (2012) uvádí že, posttraumatické poruchy mohou vzniknout po traumatizujícím zážitku nebo jako reakce na dlouhodobý stres. Tyto poruchy vznikají z důvodu znovuprožívání, přetrváváním událostí ve vědomí člověka jsou spojeny se strachem, bezmocí a hrůzou (Vágnerová, 2012).

Bartůňková (2010) také popisuje jako predisponující faktory pro vznik této poruchy, osobnostní rysy nebo neurotismus, které mohou snižovat práh manifestace tohoto stavu nebo zhoršovat průběh. Jedinec se sice snaží vyhybat se svým vzpomínkám, ale existují spouštěče, které startují znovuprožívání traumatických zkušeností (Bartůňková, 2010).

Baštecká (2005) uvádí, akutní stresová porucha se může u jedince objevit do hodiny, až čtyř dnů od události. Kdy se mohou objevit příznaky z omráčení se zúžením pozornosti

s projevy tělesnými jako pocení, bušení srdce, ale i projevy disociační. Může dojít k posttraumatickému zmrtnění. Lidé, kteří reagují zmrtněním, mohou mít formy disociačního stuporu, jedná se o nadměrnou ztuhlost, chybí volní pohyby a odpovědi na zevní podněty jako jsou světlo, hluk a dotyk (Baštecká, 2005).

Baštecká (2005) se shoduje s Vágnerovou (2012) v pohledu na vznik posttraumatické stresové poruchy, obě uvádí, že se jedná o opožděnou reakci na traumatizující podnět. Vágnerová uvádí jako hlavní příčinu vzniku posttraumatické poruchy vnější vlivy. Většinou to jsou extrémně děsivé události, které neodpovídají běžnému očekávání. Mezi příznaky patří chronická přetrvávající úzkost, vnitřní napětí, přecitlivělost, podrážděnost, mohou se objevit fobické reakce na podněty, které jsou spojeny s traumatem. Objevují se deprese se suicidálními tendencemi. Součástí poruchy mohou být změny v hodnocení sebe sama a hodnocení okolí. Lidé mají pocit, že jim nikdo nemůže rozumět, dochází k izolaci a vyhýbání se kontaktu s lidmi. Chování lidí s posttraumatickou stresovou poruchou bývá extrémní, projevující se nadměrnou aktivizací se sklonem k agresivnímu jednání. Člověk si vytváří obranné reakce dvojího typu, adaptivní to jsou takové, které se zaměřují na změnu toho, co se ještě změnit dá a přijetí toho, co změnit nelze. Jde se o nalezení přijatelného postoje. A obranné reakce maladaptivní to jsou takové, které problém neřeší, ale naopak zhoršují další vytěsnění. Jedná se například o únik pomocí alkoholu či drog. Z tělesných příznaků se objevuje porucha spánku, únava, vyčerpání, časté jsou bolesti, třes, pocení, hyperventilace, tachykardie a pocity nevolnosti (Vágnerová, 2012, Baštecká, 2005). „Při diagnostikování posttraumatických poruch a při pomáhání lidem zasaženým traumatizující událostí se jako ve všech pomáhajících profesích musíme řídit především zasaženými lidmi samotnými. Většina posttraumatických poruch v čase samovolně odezní, a proto je těžké rozpoznat účinnost odborné pomoci a její správné načasování.“ (Baštecká, 2005, s. 51).

1.3.5 Míra odolnosti vůči stresu

Jak uvádí Venglářová a kol. (2011) odolnost vůči stresu je ovlivněna osobnostními rysy. Osobnosti dělí dle typu, na osobnost typu A, která je charakteristicky ctižádostivá, netrpělivá, orientovaná na výkon a perfekcionalismus, prožívající vnitřní neklid a napětí, tyto osoby však na první pohled působí spíše jako klidní a sebevědomí lidé. Dále na osobnost typu B, což jsou osoby rozvážné povahy, které zachovávají klid a dokážou

odpočívat. S rozvojem psychosomatiky rozlišujeme ještě osobnost typu D u těchto osob je snižená reakce na stresové podněty, přičemž negativní emoce zůstávají uvnitř nositele této osobnosti. Toto dělení je již využíváno méně (Venglářová a kol., 2011).

Peško a Praško (2016) se kloní k zjednodušenému rozdělení charakteristik odolných lidí vůči stresu do tří základních oblastí. A to jaký vztah mají k sobě a osobnostní vlastnosti, vztah k druhým lidem a dále jaký vztah mají k životu a k hodnotovému systému (Pešek, Praško, 2016).

Venglářová a kol. (2011) odolnost vůči stresu neboli zvládnutí (coping) rozumíme nasazení všech sil, abychom zvládli nadlimitní zátěž. Na zvládnutí stresu se podílí osobní zdroj pro zvládnutí stresu. Do tohoto patří zdraví, energie, naše schopnost, jak řešit problémy, hledání informací a řešení, dále také naše způsoby chování ve stresu a praktické zdroje řešení. Druhým faktorem je pomoc a podpora okolí s možností požádat o pomoc a vyslechnutí. Pro zvládnutí stresu pomáhají postupy, které nazýváme protistresové strategie. Tyto strategie můžeme rozdělit na dvě skupiny, a to na postupy zaměřené na řešení nebo odstranění problému. To znamená odstranit to, co působí obavy a strach. Druhou skupinou jsou postupy zaměřené na zvládnutí emocí. Cílem těchto postupů je udržení vnitřní rovnováhy člověka, jsou to relaxační postupy (Venglářová a kol., 2011).

1.3.6 Syndrom vyhoření

Honzák (2013) popisuje syndrom vyhoření, kterým se od 70. let 20. století odborníci zabývají. Stav celkového vyčerpání, které jsou nazývány „syndromem vyhoření“ či „vyhaslosti“ často můžeme slyšet „burn out“ což znamená vyhořet, vyhasnout, oproti tomu „to burn“ hořet být pro něco zapálený. Poprvé pojem „syndrom burnout“ popsal Herbert J. Freudenberger, žid německého původu, který byl za druhé světové války poslán jako malý chlapec, svými rodiči do USA k příbuzným aby ho ochránili. Zde také vystudoval několik prestižních univerzit. Později se stává uznávaným psychologem a psychoanalytikem. Vlivem své tvrdé práce se dostává až na pokraj svých sil, a to ho přiměje, aby si své myšlenky začal nahrávat a sám si je poté analyzovat. Došel k uvědomění, že z jeho myšlenek je cítit vztek, zklamání, pocit viny, nenávist a strach. Začal se sám léčit a povolil si jen dvě pracovní aktivity nahrávání a zpracování svých záznamů to vše popisuje ve své knize „Burnout – vysoká cena za úspěch“ (Honzák, 2013). Jak Freudenberger (1974) uvádí, tento syndrom se týká častěji osob, které do

svého povolání investují čas, své dovednosti, ale hlavně kus své osobnosti. Zdůrazňuje zásadní význam osobnostních faktorů a postojů, ze kterých často vycházejí chybná rozhodnutí (Fraudenberg, 1974).

Nowakowska (2017) uvádí, že mezi faktory podporující rozvoj syndromu vyhoření patří pasivita, nejistota v kontaktech s lidmi, nedostatečná podpora a ocenění od zaměstnavatele a těžké duševní napětí spojené s odpovědností (Nowakowska, 2017).

Syndrom vyhoření nevzniká náhle, ale můžeme k němu dospět po určité době. Často je uváděn model, který je složen z pěti fází, pro něž jsou typické charakteristické myšlenky (Pešek, Praško, 2016).

První fáze je nazývána: Idealistické nadšení, kdy v popředí stojí ideály, jasný cíl, smysluplnost a kvalita práce, často dochází k přetěžování se. Druhou fází nazýváme: Stagnace, při níž dochází ke slevování ze svých ideálů, počáteční nadšení opadá. Třetí fází je: Frustrace, kdy člověka začínají napadat otázky o smysluplnosti vlastní práce, cítí se osamělý se svými problémy, dochází k velké deziluzi a zklamání. Čtvrtou fází je: Apatie, člověk vnímá svoje povolání jako zdroj obživy, vyhýbá se komunikaci, může se vyskytnout tzv. HH-syndrom (helplessness-bezmoc, holpelessneee-beznaděj). Poslední fází je: Vyhoření – dochází k naprostému vyhýbání se profesním povinnostem a k lhostejnosti (Kraska-Lüdecke, 2007).

Jak uvádí Pešek a Praško (2016) není syndrom vyhoření samostatnou diagnostickou jednotkou podle Mezinárodní klasifikace nemocí, je vedena v kategorii faktory ovlivňující zdravotní stav jako kategorie „Z 73.0 – vyhasnutí, stav životního vyčerpání“. Lidé s tímto syndromem nesplňují potřebná diagnostická kritéria a mluví se spíše o depresi, poruše přizpůsobení či chronické únavě. Mnohdy to však mohou být jen komplikace, které nasedají na syndrom vyhoření (Pešek, Praško, 2016). I přesto, že je syndrom vyhoření znám více než 25 let a jsou vypracovány koncepce pro zmenšení jeho negativního dopadu, stále se můžeme ve zdravotnických zařízeních setkávat se zdravotníky zasaženými syndromem vyhoření s celou pestrostí jeho projevů. Není jen následkem přepracování, ale k jeho vzniku přispívá diskrepance v pozitivním emočním příjmu a pozitivním emočním výdaji, který se nejčastěji vyskytuje právě u pomáhajících profesí (Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010). Zvláštní syndrom, se kterým se můžeme v pomáhajících profesích setkat, je dle německého psychologa Wolfganga Schmidbauera takzvaný syndrom pomocníka, který o něm mluví v souvislosti

s motivací pracovat v roli pomáhajícího. Syndrom pomocníka spočívá v neschopnosti vyjadřování potřeb a pocitů, které jsou součástí každého člověka. Vyhoření je počátkem tohoto syndromu. Rychleji vyhoří ten, který se nenaučil rozlišovat mezi perfekcionismem a realistickými nároky své motivace k práci v pomáhajících profesích (Schmidbauer, 2008).

1.3.7 Morální distres

Termín morální tíseň či morální distres (moral distress) by poprvé použit v roce 1984 autorem Andrew Jametonem, který morální distres definuje jako utrpení, které sestry zažívají, jestliže jim okolnosti nebo podmínky pracovního prostředí neumožní jednat tak, jak cítí, že je eticky správné (Jameton, 1984).

Mareš (2016) popisuje morální distres jako jev, který se vyskytuje v reálném životě člověka, kdy člověk není schopen udělat to správné, kdy je okolnostmi přinucen nedělat nic, i přesto, že má dojem, že by něco udělat měl a mnohdy udělá něco, s čím vnitřně nesouhlasí. Člověk zažívá vnitřní rozpor a uvědomuje si, že jeho jednání z hlediska mravního či etického nebylo správné. Morální distres můžeme odlišit od jiných distresů mezi, které řadíme somatický, spirituální či psychologický, jeho etickým přesahem. Člověk při morálním distresu nepovažuje žádnou variantu, která by byla vhodná k řešení problémů, a to z důvodu institucionálních, manažerských či ekonomických (Mareš, 2016).

Corley (2002) popisuje morální distres jako nepříjemný stav psychologické nerovnováhy, jež může pociťovat zdravotník, pokud přijme morální rozhodnutí, ale nenavazuje vhodným jednáním, jelikož může mít reálné či vnímané překážky (Corley, 2002).

Austin (2012) uvádí morální distres u zdravotníků jako pocit frustrace a selhání při morálních povinnostech vůči pacientům, které jsou způsobeny překážkami nedovolující dostát morálnímu jednání (Austin, 2012).

Wilkinson (1989) morální distres obohatila dále o zvládání zátěže, tím ji zařadila do dovednosti zdravotníků, která je velmi individuální. Zdravotníci jsou schopni rozpoznávat určité situace, které jsou v péči o pacienty morálním problémem a vnímat spoluodpovědnost za dopady těchto situací. Toto uvědomění se nedostaví automaticky, ale souvisí se schopnostmi zdravotníků v sebereflexi nad svými pocity. Překážky, které

mohou nastat v dalším postupu jednání, mohou vyvolávat pocity frustrace, vzteku a provinění, dále také psychickou nerovnováhu, která může narušit integritu osobnosti. Situace, kdy se zdravotníci nevyrovnejí se zátěží, snižují jejich sebedůvěru a tyto situace mohou zhoršovat i péči o pacienty a dále mohou být i důvodem odchodu z pracoviště či z profese vůbec (Wilkinson, 1989).

Mareš (2016) popisuje, že důsledkem nedostatečného počtu sester ve zdravotnických zařízeních, dochází k přetížení dosud zůstávajících sester. Ty jsou vyčerpány a klesá jejich výkonnost a spokojenost s profesí. Obvykle uváděné příčiny nedostatku sester, jsou finanční nespokojenost, chybění pomocného personálu a dále nejsou přesně vymezeny kompetence sester, všechny tyto příčiny jsou vnější. Mareš však poukazuje na studie z posledních třiceti let, které byly provedeny v zahraničí, kdy hlubší příčinou nespokojenosti sester je příčina vnitřní, která má povahu psychologicko-etickou. Přičemž hlavním problémem, kterému jsou sestry vystavovány, je morální distres, který může být opakovaný s různě silnou intenzitou, a vlivem kterého, může docházet k negativnímu kumulativnímu účinku na prožívání sester a zdravotníků (Mareš, 2016).

1.4 Osobnostní typologie

Hippokrates hlásal, že temperament a základní naladění člověka je dáno čtyřmi základními šťávami a každá z nich má svůj typický charakter. Krev (sanguis) je živá rychlá. Sangvinik, jehož hlavní šťávou je krev, se snadno nadchne pro věc, ale nemusí dlouho vytrvat, je rychlý, bystrý, většinou optimista, s lidmi vychází dobře je přizpůsobivý veselý a společenský. Oproti tomu hlen (phlehma) se vleče. Flegmatik je rozvážený, má výdrž, je v pozadí, spíše konzervativní, umí pracovat rovnoměrně. Žluč (cholé) je prudká, vzteklá. Cholerik je vzteklý, prchlivý, často se rozčilí i maličkostí, rád se prosazuje a poručí, nerad poslouchá. Poslední je černá žluč (mélán cholé). Barva smutku, zmaru, chladu a tesknosti, melancholik je pesimista, citlivý, úzkostlivý, nevěří si, je zodpovědný a svědomitý, nechá se vést, nemá rád zodpovědnost (Honzák, 2015).

Čakrt (2009) uvádí, že typologie osobnosti je spjata s dílem švýcarského psychologa a psychiatra Carla Gustava Junga. Ten již ve 20. letech minulého století souhlasil s názorem, že lidské chování má své pravidelnosti, které je možné popsat a klasifikovat. Jung vychází ze tří základních dimenzí charakterizovaných dvojicí preferencí. První, označení typu naší primární pozornosti je vnější a vnitřní svět – extraverte a introverte. Druhou dvojicí tvoří smysly a intuice, to je, jak bereme věci na vědomí, jakým

způsobem získáváme informace. Třetí dvojici tvoří myšlení a cítění, pomáhá nám organizovat a vyhodnocovat získané informace. Typologové obohatili Jungovu typologii osobnosti o čtvrtou dvojici usuzování a vnímání, která je nazývána dle Keirseya, nebo podle Goldeny organizování a adaptování. Jung vnímal působení psychické energie buď směrem ven, to je extravertně nebo dovnitř pak mluví o introverzi (Čakrt, 2009). Extravert je postojový typ člověka, který je vnímán jako společenský, impulzivní, brzy ztrácí náladu a trpělivost. Introvert spíše tichý uzavřený se sklonem k pesimismu, který nejedná impulzivně, ale plánovitě (Venglářová a kol., 2011).

Pro výkon profese zdravotníka je však třeba, aby nejprve poznal sám sebe, všiml si sebe a svých reakcí, dokázal komunikovat o svých potřebách, potížích a představách (Venglářová a kol., 2011).

1.4.1 Psychosomatické nemoci související se stresem

Dle Vágnerové (2012) vztah mezi psychikou a somatikou je těsný. Jsou to součásti lidského organismu, které jsou propojeny regulačními vlivy nervového systému a endokrinního aparátu. Za normálních okolností fungují vztahy psychosomatické a somatopsychické zcela nenápadně. Psychická zátěž může vyvolat tělesné potíže a somatické onemocnění naopak ovlivňuje psychiku. Na průběhu a závažnosti onemocnění se v různé míře podílejí faktory somatické, psychické a sociální (Vágnerová, 2012).

Vágnerová (2012) popisuje negativní vliv stresu na kardiovaskulární systém, kde stres stojí za rozvojem hypertenze (Vágnerová, 2012). Bartůňková (2010) popisuje, že vliv na rozvoj funkčních poruch kardiovaskulárního systému mají neurotické poruchy s úzkostí. Mohou se objevit bolesti různého charakteru, bušení srdce, kolísání tlaku, mdloba (Bartůňková, 2010).

Dále působí na gastrointestinální systém, kdy se vlivem stresu mohou objevit žaludeční vředy či dráždivý syndrom tlustého střeva (Vágnerová, 2012).

Dle Bartůňkové (2010) je vznik žaludečního vředu ovlivněn také multifaktoriálními vlivy. Stres se však výrazně na vzniku vředu podílí tím, že zvyšuje sekreci kyseliny chlorovodíkové a tím je narušena funkce mucinu (Bartůňková 2010). Stres stojí i za změnami v imunitním systému těmto změnám se podrobně věnuje i Křivohlavý (2009),

který popisuje experiment publikovaný již v roce 1975 R. Aderem a N. Cohenem, který odstartoval sérii dalších pokusů, jenž byly souhrnně nazvány psychoneuroimunologie (Křivohlavý, 2009).

Barůtňková (2010) uvádí, že se negativně může projevit i na nervovém systému, kdy vlivem stresu dochází k poruchám spánku, REM fáze spánku je citlivější na stres. Spánková deprivace má za následek poruchy soustředění a zhoršení paměti. Objevují se časté bolesti hlavy v souvislosti se stresem, které mohou stát i za vývojem záchvatu migrény. Stres může být vyvolávajícím faktorem pro vznik diabetu 2. typu. Vlivem emočního šoku může vzniknout thyreotoxikóza. Emoce a stres mají velký vliv na bronchiální astma a provokaci záchvatu. Se stresem se pojí i psychogenní kašel a hyperventilační stavy vyvolané například úzkostí. Důležitou kapitolou psychosomatiky a stresu, jsou poruchy příjmu potravy, sem patří mentální anorexie, při níž dochází ke strachu z tloustnutí a narušení vnímání vlastního těla. Dále bulimie (Bulimia nervosa), při které dochází k přejídání a je střídáno se záměrně vyvolávaným zvracením. Opakem je stresové přejídání. Dále existuje celá řada psychosomatických poruch reprodukčního systému jak u žen, tak i u mužů. Mezi psychodermatózy může zařadit například atopický ekzém, akné, recidivy herpes simplex a další (Bartůňková, 2010).

1.5 Pracovní motivace

Dle Vévody et al. (2013) je motivace v současné době chápána jako důležitý faktor, který podmiňuje úspěch. Od manažerů je se očekávána jejich vysoká motivace, kterou budou schopni motivovat členy svých týmů. Součástí motivace k práci je pracovní spokojenost. Dobré pracovní podmínky nepřímou stimulují motivaci k práci. Pracovní motivace úzce souvisí s uspokojením z práce, neboť člověk prostřednictvím práce dosahuje určitých hodnot nebo vlastních cílů. Motivaci můžeme obecně chápat jako vnitřní stav duše, který člověka aktivuje a uvádí do pohybu. Pracovní motivace chápeme jako přístup k práci, je to určitá ochota pracovat a souvisí s postoji člověka. V lidské psychice působí specifické vnitřní hybné síly, kterými jsou motivy, pohnutky. Motivory k práci můžeme rozdělit na intrinické (vnitřní), ty nemusí být podněcovány zvnějšku, a extrinické (vnější) jsou vyvolávány vnějšími stimuly (Vévoda et al., 2013).

Vágnerová (2016) motivaci propojuje s emocemi, přičemž emoce mohou fungovat jako regulační aspekt pro motivaci. Motivace je také spojena s kognicí, člověk se snaží pochopit situaci, na kterou navazuje její rozumové zhodnocení, které ovlivňuje

zaměření na určitý cíl. Lidé o svých potřebách a cílech přemýšlí, uvažují, mají svá očekávání a své představy o jejich dosažení. Úvahy se podílejí na vzniku motivu, na zvolení vhodné aktivity, na vyhodnocení efektivity a posouzení dosažených výsledků (Vágnerová, 2016).

Motivace může být také vnímána jako vnitřní síla, která řídí jedince v dosahování svých osobních i organizačních cílů (Asegid et al., 2014). Plevová et al., (2012) uvádí, že nejčastěji jednáme na základě motivů, které si uvědomujeme, můžeme o svých motivech přemýšlet, hodnotit je a podle svého uvážení je následně přijímáme nebo odmítáme (Plevová et al., 2012).

Gómez-Gascón (2013) pracovní motivaci chápe jako výsledek řady interakcí mezi individuálním úsilím člověka, který je motivován a získáním odměny a splnění si osobních cílů (Gómez-Gascón, 2013).

1.5.1 Pracovní motivace ve zdravotnictví

Wild (2006) popisuje pracovní motivaci a pracovní spokojenost ve zdravotnictví, ty jsou studovány již od 30. let 20. století. Za první šetření je považována Nahomova studie. Tato studie zjistila existenci proměnných, které odlišují sestry spokojené od nespokojených. Mezi tyto proměnné patří délka pracovní doby, postoj k práci, vztah k vedoucímu managementu, rovnováha pracovního života, rovnováha osobního života, finanční ohodnocení a příležitost ke kariéernímu postupu (Wild, 2006).

V současné době se pozornost zaměřuje na vytvoření pracovního prostředí ve zdravotnictví, které by snížilo fluktuaci zdravotnických pracovníků. Hart (2001) popisuje, že v roce 2001 byla provedena studie, která se zabývala spokojeností sester. Bylo zjištěno, že sestry pracující ve fakultních nemocnicích jsou spokojenější než ty pracující v nemocnicích městských. Ukázalo se, že sestry pracující na plný úvazek jsou spokojenější než ty, co pracují na úvazek částečný. Dále bylo prokázáno, že sestry, které pracují ve směnném provozu, jsou méně spokojené. Z této studie vychází, že sestry chtějí mít méně fyzicky a psychicky náročnou práci, méně hodin, pravidelnost směn, vyšší finanční ohodnocení, příležitost ke kariéernímu růstu (Hart, 2001). Krogstad et al. (2004) studovali pracovní spokojenost zdravotnického personálu, kdy významnou roli ve spokojenosti zdravotníků hraje role vedoucího a organizace práce (Krogstad et al.,

2004). Bálková a Zibrinová (2012) uvádějí plat jako klíčový faktor pro změnu zaměstnavatele (Bálková, Zibrinová, 2012).

1.5.2 Pracovní spokojenost

Práce patří do základních lidských činností je ukazatel životního způsobu člověka v produktivním věku, je to činnost, která vede k uspokojení lidských potřeb (Vévoda, 2013). Jsou jí uspokojovány potřeby biologické, ale i sociální jako je potřeba seberealizace, společenského styku a poznávání. Míra možností uspokojování potřeb se promítá do činností, ale i do jejich výsledků. Práce je činností představující přirozenou a nutnou podmínku pro existenci člověka. Existence lidské společnosti, je chápána jako vytváření nových hodnot a je uskutečňována ve společenském prostředí. Z toho vyplývá, že lidská práce, není izolovanou činností (Nový, Surynek, 2006).

Vévoda (2013) popisuje pracovní spokojenost jako hnací sílu pro člověka, pokud je nespokojen hledá způsoby a příležitosti ke zdokonalení sebe sama. Pracovní spokojenost můžeme rozdělit na spokojenost orientovanou na potřeby to je motivační nebo na pobídky což je situační. V pracovní nespokojenosti však můžeme naopak vidět příčinu fluktuace či zvýšené nemocnosti (Vévoda, 2013). Jak uvádí Armstrong, je nutné měřit fluktuaci, vyčíslvat náklady a dále také zjišťovat důvody odchodů zaměstnanců k předvídání budoucích ztrát (Armstrong, 2015).

1.6 Duševní hygiena

V literatuře nalézáme mnoho definic duševní hygieny, z nichž jedna autora Míčka (Míček, 1984, s. 9) říká, že: „*Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy*“ (Míček, 1984). Křivohlavý (2009) popisuje pojem hygiena jako známý a srozumitelný. Je odvozen od řecké bohyně zdraví Hygie, má úzký vztah ke zdraví a prevenci nemocí. Mentální hygiena či hygiena duše, duševní hygiena, slouží k udržení, prohloubení, znovuzískání duševního zdraví a rovnováhy za pomoci vědecky propracovaných pravidel. Díky duševní hygieně dochází k posílení odolnosti vůči nejrůznějším vlivům, které ovlivňují negativním způsobem náš duševní život, jde vlastně o boj proti výskytu duševních nemocí. Je to péče umožňující optimální fungování duševní činnosti. Konkrétně pomáhá odrážet realitu, přiměřeně reagovat na důležité podněty, řešit běžné a nenadálé úkoly, duševně se zdokonalovat a duchovně růst. Duševní hygiena se zabývá duševně zdravými lidmi, ale i lidmi na hranici zdraví a

nemoci, u nichž se objevují příznaky narušení duševní rovnováhy a pomáhá jim, nalézat cesty k jejímu znovunabytí. Věnuje se také lidem nemocným, kterým pomáhá vzdorovat nemocem. Od psychoterapie se odlišuje tím, že jde spíše o upevňování dobrého duševního zdraví a neslouží k odstraňování duševních poruch, jako jsou například neurózy. Cílem duševní hygieny je sebevýchova, zrání osobnosti, duševní klid, sociální interakce, úprava životního a pracovního prostředí a životosprávy. Procesem adaptace neboli přizpůsobení rozumíme proces zvládnání problémů, které se člověku staví během života do cesty. Díky tomu se učíme sebeovládání. V oblasti duševní hygieny se adaptace týká hlavně adaptování v prostředí, ve kterém člověk žije. Pozitivní duševní zdraví vyžaduje sebeakceptaci, sebezřetivost, duchovní a duševní růst (Křivohlavý, 2009).

Dle Mauera (2006) existuje úzká spojitost a provázanost hygieny s psychohygienou. Duše a tělo jsou provázané. Psychohygienou je péče o duši člověka, kdy obsahem psychohygieny je umění odpočívat, strukturovat svůj čas a udržovat živý vztah se sebou a svým okolím. Člověk by se měl vracet k rituálům, ty dávají svět do pořádku, navrací klid, jednotu a harmonii a mohou člověku pomoci v různých životních situacích. Očistou duše může být omluva, odpuštění, vyjádření emocí (Mauer, 2006).

Sebevýchova patří do silných zdrojů sil, které ovlivňují náš životní styl. Do sebevýchovy zahrnujeme sebepoznávání, koncentraci osobnosti, regulaci našeho myšlení, našich emocí, autorelaxaci, aktivní zvládnání situací (Křivohlavý, 2009).

Rogers (2014) vnímá jedince, který ve svém nitru disponuje velkým potenciálem ve vlastní sebeporozumění a proměnu vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání které jsou zaměřeny na vlastní já (Rogers, 2014).

Nakonečný (2013) uvádí, že aspektem lidského zdraví je zdraví duševní, které umožňuje člověku bezproblémové fungování v rovině společenské, soukromé i veřejné, ve které realizuje svůj život. K tomuto patří také skutečnost, že člověk by měl být osvobozen od pocitů úzkosti a má pozitivní vztah nejen k sobě samému, ale i k ostatním jedincům (Nakonečný, 2013).

1.7 Supervize

Hess (1980) definuje supervizi jako mezilidskou interakci, jejímž cílem je, aby se supervizor setkával se supervidovaným, pro zlepšení schopnosti supervidovaného účinně pomáhat lidem (Hawkins, Shohet, 2016).

S tímto se ztotožňuje i Dymáková, Kožnar, Hermanová, kteří supervizi chápou jako profesionální pomoc v pomáhajících profesích, kdy je tato aktivita poskytována v atmosféře interpersonální důvěry uvnitř týmu, avšak supervize může přicházet i zvenku externím supervizorem (Dymáková, Kožnar, Hermanová, 2000).

Jak uvádí Venglářová a kol. (2011) supervize ve zdravotnictví je setkání pracovníků, týmu, skupin či jednotlivců se supervizorem. Setkání je prováděno za účelem reflexí zážitků a zkušeností z pracovních situací při poskytování péče o nemocné. Je důležitá k podpoře profesního růstu zdravotníků. Poskytuje vhled do situací, pomáhá ventilací emocí, sdělováním zkušeností a hledá nové nápady a pohledy na různé situace plynoucí ze zážitků z praxe (Venglářová a kol. 2011).

Dle Havrdové, Hajného a kol. (2013) nedochází k formování pojmu supervize jen na základě zkušeností, ale v kontextu s jeho používáním a také v souvislosti s jeho historií. Výraz supervize je odvozen od anglického slova supervision a to je odvozeno z latinského super- nad a videre – hledět, vidět. Původně se pojem supervize v angličtině vztahoval na každou činnost, kdy pověřená, zkušenější osoba dohlížela na méně zkušenou osobu při provádění nějakého úkolu. Chápání supervize se mění s vývojem společnosti, profese a povahy činnosti. K prvopočátkům supervize patřil dialog, Samuel Bernat pastor, který působil v Toynbee Hall v Londýně v období 70. a 80. let 19. století vedl rozhovory se studenty, jež jsou tradované jako prototyp podpory, která je rozvíjena formou dialogu. Dialog umožní lidem, aby sdíleli skutečné niterné postoje a zkušenosti, může osvobodovat myšlení. Smyslem dialogu je odstranit bloky, jež brzdí tvořivost a kvalitní výkon, je-li předmětem dialogu pracovní situace či vztahy ke spolupracovníkům, pak se takový dialog stává supervizí. Klíčovým pojmem pro supervizi je reflexe. Toto slovo pochází z latinského reflexio-obrácení se se zpět. Je-li předmětem reflexe pracovní proces, kde cílem je pochopit a poznat lepší přístup ke kolegům či způsobům práce jde o supervizi, která vytváří organizovanou příležitost k reflexi (Havrdová, Hajný, 2013).

Bartošíková (2006) uvádí, že supervizor je vyškolený profesionál poskytující supervizi. Supervizor může být interní, který je zaměstnancem organizace, v níž je supervize realizována, nebo externí, který přichází „zvenčí“ a má nezaujatý pohled na věc (Bartošíková, 2006). Supervidovaný je osoba, která přijímá supervizi (Michková, 2008). Hlavním úkolem supervizora, je umožnit reflexi a porozumění vztahům, které ovlivňují

prožívání a chování pracovníků, dalším úkolem je podpořit posun v chápání rolí a funkcí a hledat způsob, jak mohou více rozvíjet svou profesionalitu (Havrdová, Hajný et al., 2013).

1.7.1 Dělení supervizi

Hawkins a Shonet (2016) rozděluje supervizi na **výukovou supervizi**, kdy supervizor je v roli učitele, zaměřuje se na vzdělávací funkci, pomáhá účastníkům rozebírat jejich práci s klienty. **Výcvikovou supervizi** ta zdůrazňuje vzdělávací funkci a supervidovaní jsou ve výcvikové roli. Na rozdíl od výukové má supervizor jistou odpovědnost za práci s klienty. **Řídící, manažerskou supervizi** zde je supervizor nadřízeným supervidovaných. Má také odpovědnost za práci s klienty. Supervizor a supervidovaný jsou ve vztahu nadřízený, podřízený. **Poradenskou supervizi**, kde supervidovaný má zodpovědnost za práci, kterou vykonává. Supervizor je poradce a konzultant není instruktor ani vedoucí. Supervize může probíhat *vertikálně*, kdy supervizor pracuje s méně zkušeným supervidovaným. A dále může být *horizontální*, kdy supervize probíhá na stejné úrovni mezi supervidovanými, to mohou být například kolegové (Hawkins, Shonet, 2016).

Venglářová a kol. (2011) rozděluje supervizi na: **týmovou** ta je určena pro všechny členy týmu, pro zlepšení komunikace mezi jednotlivými členy týmu, je zaměřena na jejich spolupráci, důležitým cílem je zlepšení efektivity práce. Tématy pro týmovou supervizi mohou být vztahy uvnitř týmu, vztahy uvnitř organizace, vztahy zvnějšku. Dále na **skupinovou** supervizi, která je zaměřena na setkání pracovníků z různých oddělení s podobnými pacienty. Nejčastější je to Balintovská supervize. Skupina může být tvořena 8-12 členy z různých pracovních týmů. Cílem je profesionální rozvoj a získávání nových poznatků. Další možností je **individuální** supervize, ta probíhá mezi jedním supervizorem a jedním pracovníkem formou rozhovoru, který je strukturovaný. Je zaměřena na pracovní problematiku pracovníka. Někdy je volena při mimořádné události (Venglářová a kol., 2011).

1.7.2 Metody supervize

Hawkins a Shonet (2016) uvádí, že počátek každé supervize musí začít jednoznačnou smlouvou, tvořenou oběma stranami a odráží očekávání zúčastněných. Důležité je vytvoření praktické stránky. Sem patří čas, frekvence, místo, platba a možnost přerušení či odložení sezení. Dále je nutné vytvoření hranic mezi supervidovaným a

supervizorem, supervizí a poradenstvím. Vytvořením pracovního spojení začíná vzájemná představa a očekávání. Stanovují si, jaký styl supervize bude supervizor požívat s ohledem na preferenci supervidovaného. Pracovní spojení je postaveno na rostoucí důvěře, dobré vůli a úctě obou stran. Je třeba zvolit formát sezení, například zda bude čas sezení věnován jednomu případu nebo se od supervidovaných očekává písemné zpracování případu a další (Hawkins, Shonet, 2016).

Bálintovská skupina je zvláštní metodou supervize, která vznikla v 50. letech z poznání maďarského psychoanalytika Michalea Bálinta. Své poznatky z psychoterapie aplikoval v systému přípravy a vedení praktických lékařů, tak aby jejich pozornost obrátil na osobu pacienta. Bálintův slavný výrok: „Lékař sám je lék. Měl by se umět dávkovat tak, aby nemocnému pomohl a sobě neublížil“ (Balint, 1999). Metoda Bálintovské skupiny, je založena na setkání příslušníků stejné profese. Na sezení někdo z účastníků nabídne případ nebo situaci, se kterou by potřeboval pomoci. Je to většinou situace, kdy zdravotník není spokojen, jak prožíval danou situaci, či jak v ní jednal. Obvykle nese svůj vnitřní konflikt (Kopřiva, 2016).

Tato skupinová práce má pět fází, kdy v první fázi dochází k expozici případu, skupina z několika témat hlasováním vybere nezajímavější téma. Účastník, který přináší a předkládá případ, zvolené téma přednese ostatním. V druhé fázi účastníci kladou otázky, ptají se na okolnosti, aby mohli správně pochopit a utvořit si obraz celé situace. Ve třetí fázi na základě své fantazie účastníci říkají, co si představují o vztazích a citech lidí z případu, tato fáze má podpořit jejich tvořivost a fantazii. Čtvrtou fází je doporučení, praktické náměty na řešení, účastníci říkají, jaký postup by zvolili oni v dané situaci. Poslední pátou fází je rekapitulace, kdy se vyjádří protagonista – ten, kdo předložil případ, jaké řešení by pro něho bylo užitečné, co ho zaujalo a oslovilo. Cílem není nalézt objektivní pravdu, ale nastínit spektrum představ možných řešení. Bálintovské skupiny mají dlouholetou tradici, není však dobré, když ve skupině pracuje mnoho osob z jednoho pracoviště, jelikož se příliš stylizují do případu a atmosféra ve skupině je méně živá (Kopřiva, 2016).

1.7.3 Etické zásady supervize

Etika supervize vychází z Charty lidských práv OSN a je specifikována konkrétními etickými pravidly. Vstupem do Evropské Asociace Supervize přijal Český institut pro supervizi zásady této organizace. Tyto zásady vymezují hranice a povinnosti ve vztahu

supervizor – supervidovaný-klient. Tyto pravidla se věnují prospěchu a právům supervidovaného a klienta, profesionální činnosti supervizora, výcviku a profesionální praxi (www.supervize.eu). Profesionální činnost supervizora monitoruje prospěch klienta, zajišťuje dodržování příslušných právních, etických a profesionálních zásad a předpisů pro klinickou a konzultantskou praxi. Dále supervizor monitoruje klinické a konzultantské výsledky a odborný růst supervidovaného. Nemá-li supervizor speciální výcvik, nepřijímá žádné supervizní zakázky. Supervizor vede supervidované k dodržování právních ustanovení jejich profese, poskytuje supervidovaným důležitou zpětnou vazbu pro plnění jejich zakázek. Nikdy neposkytuje jakýkoli druh psychoterapie jako náhradu nebo doplněk supervize (Kopřiva, 2016).

Šimek (2004) upozorňuje, že etická pravidla formulovaná do etického kodexu supervize jsou jen vodítkem. V průběhu celého procesu supervize je nutné mít na paměti především prospěch klienta, lidí svěřených pomáhajícímu pracovníkovi do péče (Šimek, 2004).

CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1.8 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit reálný stav poskytování psychosociální intervenční péče ošetrovatelskému personálu.

Cíl 2: Zjistit možnosti nabídky a využití psychosociální intervenční péče ve zdravotnických zařízeních.

1.9 Hypotézy

H 1: Psychickou náročnost zdravotnické profese vnímají zdravotníci ve všech věkových kategoriích.

H 2: Psychická zátěž je u zdravotníků více vnímána po delší době odpracované ve zdravotnictví.

H 3: Psychická náročnost je vnímána napříč všemi zdravotnickými profesemi.

H 4: Vnímání náročnosti zdravotnické profese je stejné v chirurgických a interních oborech a je nezávislé na délce praxe.

1.10 Výzkumné otázky

VO 1: Jaký je zájem a efektivita v oblasti psychosociální intervenční péči?

VO 2: Jaká jsou překážky v poskytování psychosociální intervenční péče?

VO 3: Jaké je doporučení pro zvýšení zájmu o využití psychosociální intervenční péče?

1.11 Operacionalizace základních pojmů

V rámci operacionalizace cílů diplomové práce můžeme definovat tyto základní pojmy: *peer*, *psychosociální intervenční péče*, *zdravotník*, *psychická zátěž*. Foitová et al. (2014) označuje **peera** jako osobu, kterou s druhou osobou spojují shodné charakteristiky například ze školního, pracovního, komunitního nebo jiného prostředí. Jestliže se člověk rozhodne v určité životní situaci využít svou zkušenost ve prospěch jiných osob v podobných situacích, může se stát zdrojem cenné podpory. Davidson et al. (2006) chápe peera jako toho, který čelil těžkým překážkám, vydržel a překonal je a nyní může poskytnout podporu, povzbuzení, naději a také mentorství lidem, kteří se nacházejí v podobných situacích (Davidson et al., 2006).

Andršová (2012) uvádí, že na zdravotníky dopadají stresy a traumata a jednou z možností jak je řešit je **psychosociální intervenční péče** (Andršová, 2012). Vlášková a Kolářová (2009) dodává cílem této péče je podpora zdravotníkům a důsledkem je komfortnější péče o pacienty. Nejedná se o léčbu, ani terapii jsou to krizově-intervenční techniky, které pomáhají při vyrovnávání se s dlouhodobým stresem, traumatizujícím zážitkem či dlouhodobou psychickou zátěží. Využívání intervenční péče má ozdravující i preventivní charakter (Vlášková, Kolářová, 2009). Jak uvádí Zacharová (2017) od **zdravotníka** je dnes očekáváno, že zvládne velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou a psychickou náročnost své práce. Zdravotník také ovlivňuje a vede správným směrem, jednání a prožívání nemocných. Tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost zdravotníka, profesionální přípravu, styl práce, způsob života, ale zejména na duševní stabilitu (Zacharová, 2017). Šváblová et al. (2013) definuje **psychickou zátěž** jako proces, ve kterém dochází k psychickému zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy pracovního a životního prostředí. Zdravotníci jsou vystavováni psychické zátěži, na které se podílí náročnost práce, časový tlak, vysoká odpovědnost, vnucené pracovní tempo, směňová a noční práce, riziko ohrožení zdraví vlastního či jiných osob a zvýšené nároky na sociální integraci (Šváblová et al., 2013).

2 METODIKA

2.1 Metodika práce

K dosažení výsledků empirické části diplomové práce bylo využito kombinace kvantitativního s kvalitativním výzkumným šetřením. Pro kvantitativní šetření bylo osloveno 200 respondentů z řad zdravotníků nemocnic Královéhradeckého kraje a Libereckého kraje. Před provedením výzkumného šetření bylo získáno povolení k výzkumu a šetření bylo provedeno se souhlasem vedoucích jednotlivých pracovišť. Tato povolení jsou vzhledem k ochraně dat k dispozici u autorky. V kvantitativní části výzkumného šetření byla použita metoda dotazování s využitím techniky dotazníku (Příloha 1). Tento dotazník byl vytvořen a použit výhradně pro účely mé diplomové práce a byl anonymní. Obsahuje 23 otázek, konstruovaných jako uzavřené, a polouzavřené, filtrační a kontrolní. Dotazníkové šetření probíhalo v období dubna a května 2018. První část dotazníku tvoří informace o respondentovi, jeho pohlaví, věk, kvalifikace, délka praxe, oddělení, na kterém pracuje. Druhá část dotazníků je zaměřena na vnímání práce ve zdravotnictví, důvody, které by vedly zdravotníka ke změně zaměstnání, prožívání zátěžových situací a vyrovnávání se s nimi. Dále jsou otázky zaměřeny na průzkum, zda jsou zdravotníci ve svých nemocnicích seznámeni se Systémem psychosociální intervenční péče a zda těchto služeb někdy využili. Další otázky jsou zaměřeny na situace, které by vyžadovali psychosociální intervenční péči a jaké jsou důvody pro nevyužití Systému psychosociální intervenční péče. Pro tvorbu dotazníků byl použit program Microsoft Office Word 2010. Kvantitativní data byla zpracována v programu Excel (MS Office 365) a IBM SPSS Statistics V25.0. V kvalitativním šetření byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru se třemi otevřenými otázkami. Odpovědi byly zaznamenány písemně na předem připravený záznamový arch (Příloha 2). Rozhovory byly vedeny s pěti peery. Otázky byly koncipovány tak, aby vycházely ze stanovených cílů práce a teoretických poznatků. Jednotlivé odpovědi byly zanalyzovány a následně zpracovány. Pro zpracování získaných dat z rozhovorů byla zvolena metoda „tužka a papír“. Na tomto základě byly stanoveny 3 kategorie (Příloha 3).

2.2 Charakteristika výzkumných souborů

Výzkumný soubor v kvantitativní části výzkumného šetření tvořili zdravotníci z Krajské nemocnice Liberec, a.s., Oblastní nemocnice Jičín, a.s. a Fakultní nemocnice Hradec Králové. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků s cílem získat co nejvyšší počet vyplněných dotazníků pro objektivnost výsledků. Vráceno bylo 176 dotazníků, návratnost tedy činí 88 %. Z toho v Krajské nemocnici Liberec, a.s., bylo rozdáno 40 dotazníků a vrátilo se 32 dotazníků, to činí 80 %, zpracováno bylo 30 dotazníků, jelikož 2 dotazníky musely být vyřazeny pro neúplné vyplnění to tedy činí 75 %. V Oblastní nemocnici Jičín a.s. bylo rozdáno 40 dotazníků, jejichž návratnost byla 100 % a nebyl žádný vyřazen. Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové bylo rozdáno 120 dotazníků, z nichž se vrátilo 104 tedy 86,78 % dotazníků, ke zpracování bylo použito 100 dotazníků tedy 83,33 %. Výzkumný soubor celkem tvoří 170 zdravotníků tedy 100 %. Hypotézy byly testovány pomocí chí kvadrát testu. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 5$ %. Kvalitativní data byla získána metodou rozhovoru s peery. Pro kvalitativní hodnocení možnosti zjištění efektivity při poskytování psychosociální intervenční péče. Tři peři z Fakultní nemocnice Hradec Králové, jeden peer z oblastní nemocnice Jičín a jeden peer z Krajské nemocnice Liberec. Výběr komunikačních partnerů byl záměrný a jejich počet byl určen teoretickou saturací získaných dat pro kvantitativní výzkum.

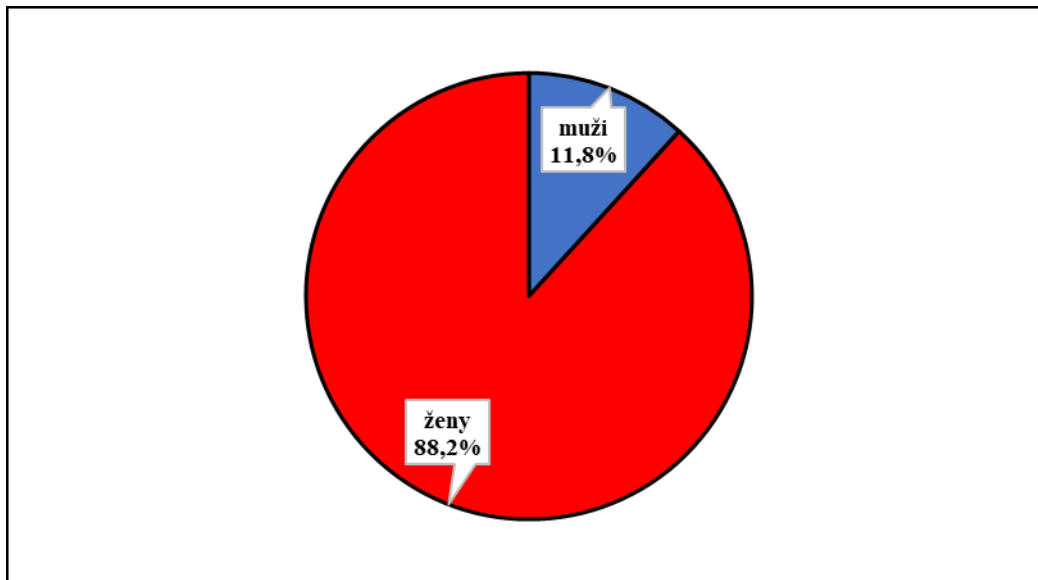
2.3 Způsob statistického testování dat

Hypotézy byly testovány pomocí IBM SPSS Statistics V25 programu. Chí kvadrát test je metoda statistického ověřování hypotéz. Zvolená hladina významnosti je $p < 5\%$, síla provedeného testu potvrzuje rozdíl v zastoupení = existuje vztah mezi těmi dvěma proměnnými.

3 VÝSLEDKY

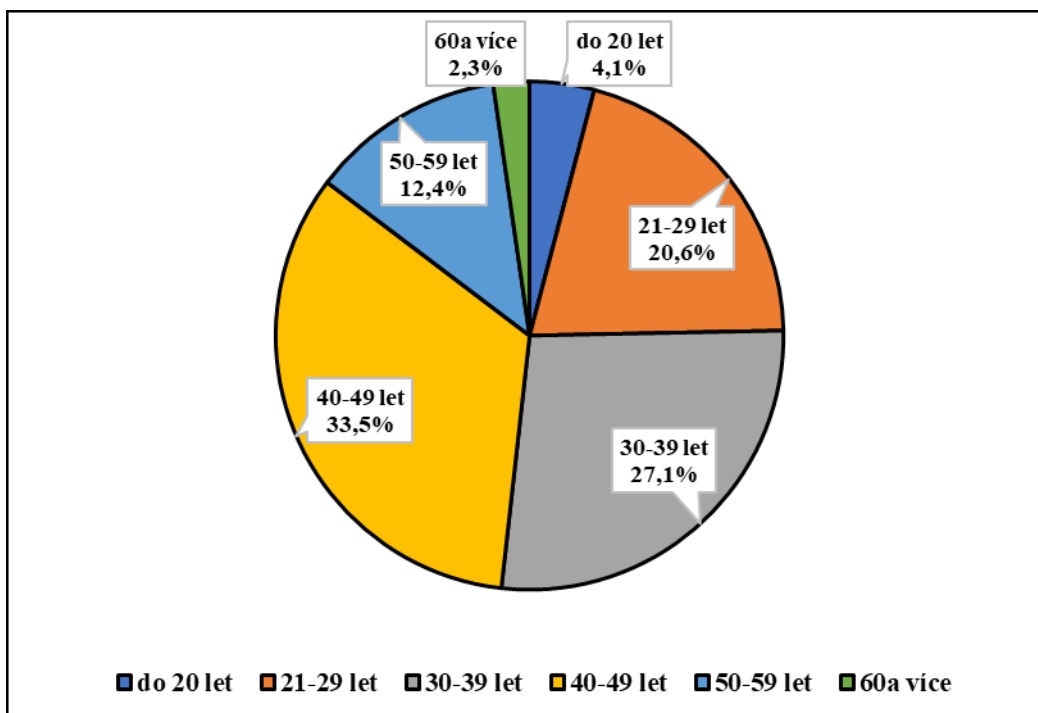
3.1 Kategorizace dat popisné statistiky kvantitativního šetření v grafech a tabulkách

Graf 1 Pohlaví respondentů



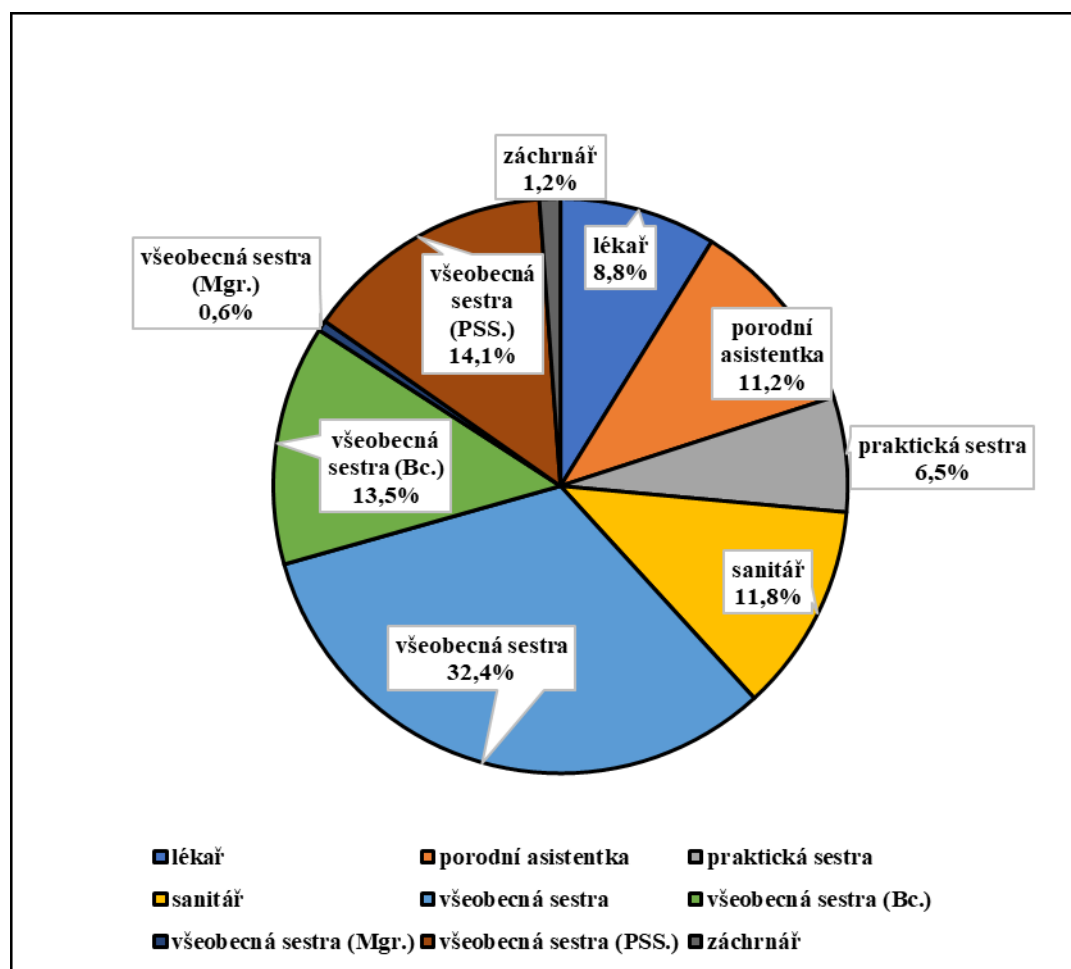
Z celkového počtu 170 respondentů bylo 20 (11,8 %) pohlaví mužské a 150 (88,2 %) pohlaví ženské.

Graf 2 Věk respondentů



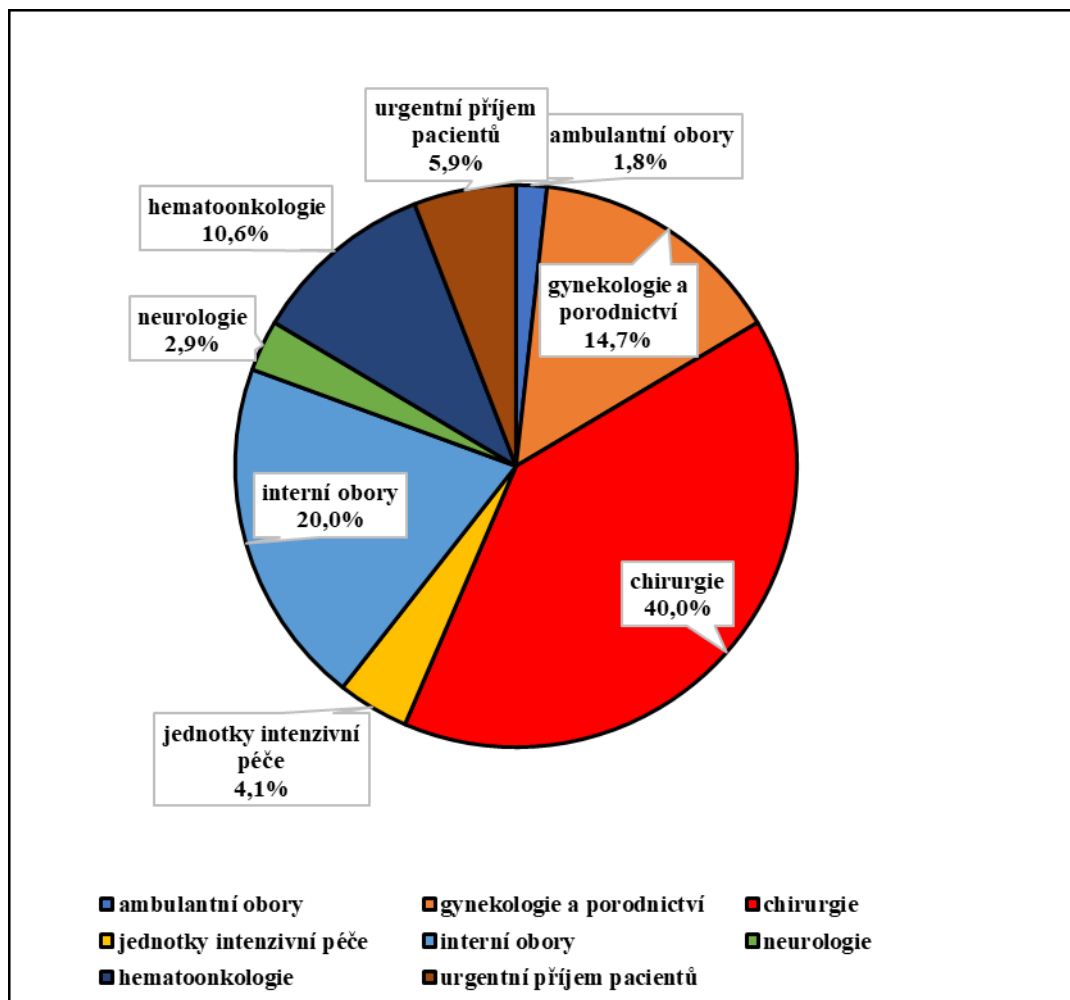
Věková hranice do dvaceti let byla zastoupena v počtu 7 (4,1 %) respondentů. Do další věkové hranice 21-29 let spadalo 35 (20,6 %) oslovených respondentů, zastoupení věkové hranice 30-39 let pak 46 (27,1 %) respondentů, největší skupina respondentů byla ve věkové hranici 40-49 let a to 57 (33,5 %) dotazovaných a ve věkové hranici 50-59 let bylo 21 (12,4 %) respondentů, nejmenší skupina dotazovaných pak ve věkové hranici 60 a více pouze 4 (2,3 %) respondenti.

Graf 3 Dosažená kvalifikace



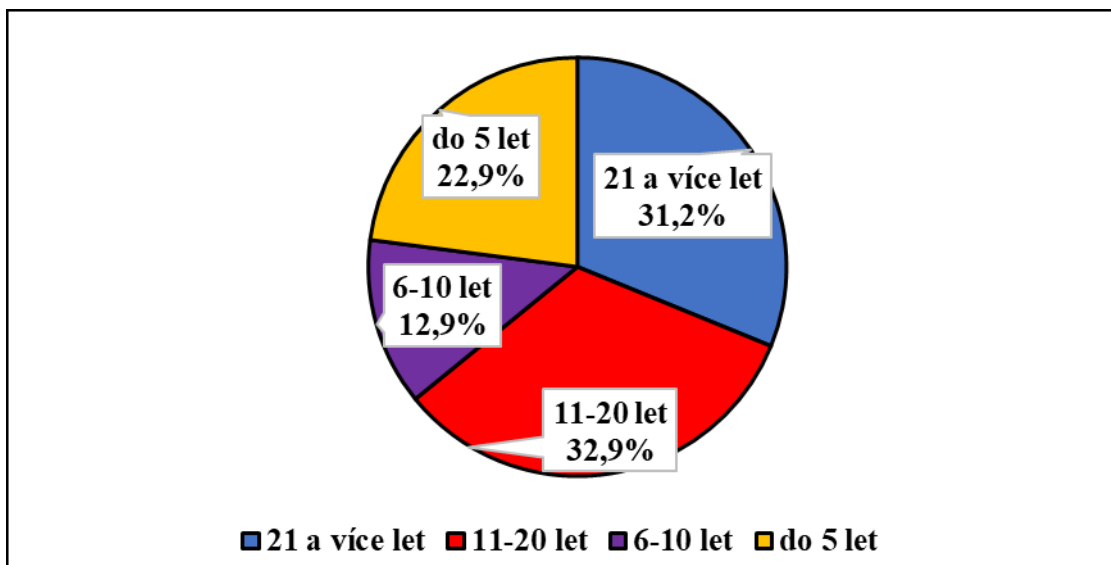
Z celkového počtu 170 respondentů bylo 15 (8,8 %) lékařů, dále 19 (11,2 %) porodních asistentek, 11 (6,5 %) praktických sester, 2 (1,2 %) záchranáři, největší skupinu tvořily všeobecné sestry, kterých bylo 55 (32,4 %), další skupinou všeobecných sester byly sestry se specializací, kterých bylo 24 (14,1 %), sester absolventek bakalářského studijního programu bylo 23 (13,5 %) a absolventka magisterského studijního programu byla pouze 1 (0,6 %) sestra. Sanitářů odpovědělo 20 (11,8 %).

Graf 4 Pracoviště respondentů



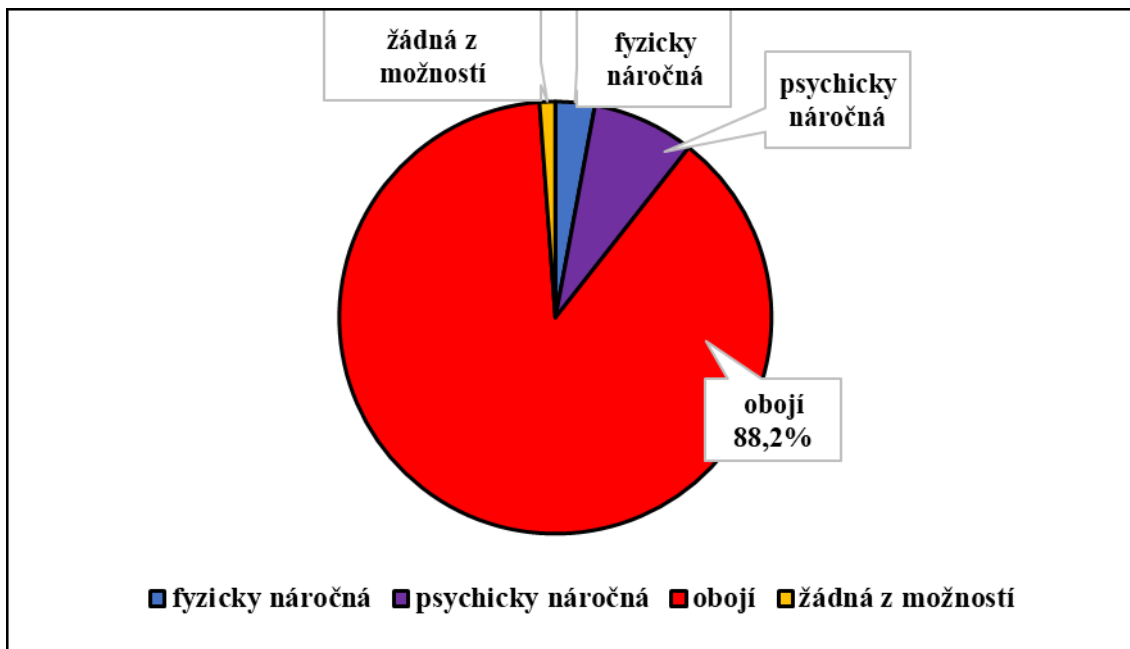
Z celkového počtu 170 respondentů pracuje 10 (5,9 %) respondentů na urgentním příjmu pacientů, 68 (40,0 %) respondentů na chirurgickém oddělení, dále 34 (20,0 %) respondentů na interním oddělení, na neurologii 5 (2,9 %) respondentů, 7 (4,1 %) respondentů na jednotce intenzivní péče jakéhokoli typu, dalších 25 (14,7 %) respondentů na gynekologicko-porodnickém oddělení, 18 (10,6 %) na hematoonkologii a 3 (1,8 %) respondenti v ambulantních oborech.

Graf 5 Délka práce ve zdravotnictví



Z celkového počtu 170 respondentů bylo ve zdravotnictví 39 (22,9 %) 5 let a méně, 22 (12,9 %) respondentů 6-10 let, 56 (32,9 %) 11-20 let a 21 a více let bylo 86 (52,4 %) oslovených respondentů.

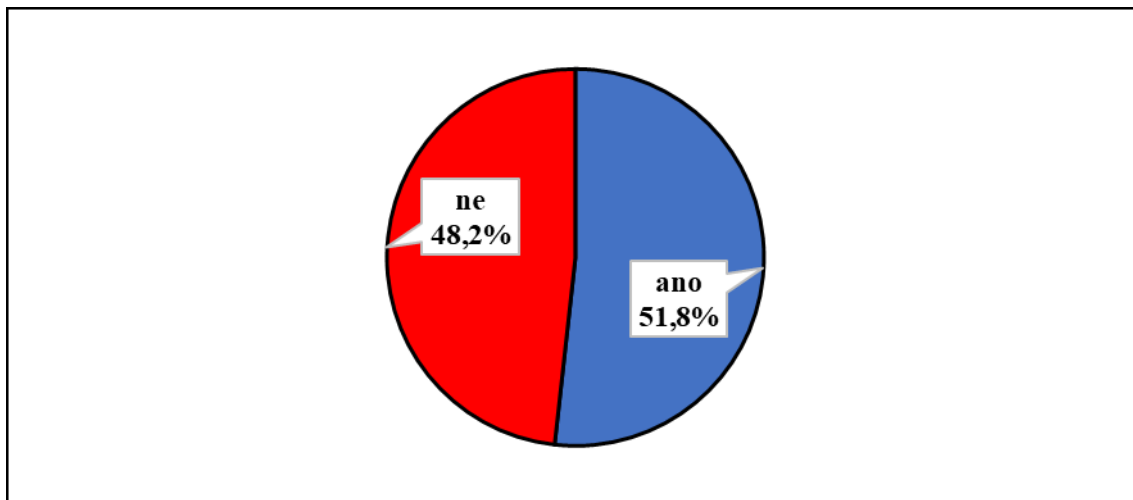
Graf 6 Vnímání práce ve zdravotnictví



Oslovení respondenti vyjádřili názor, že práce ve zdravotnictví je psychicky náročná a to v počtu 13 (7,6 %) respondentů, fyzickou náročnost práce ve zdravotnictví potvrdilo 5 (2,9 %) respondentů. Fyzickou i psychickou náročnost uvedlo nejvyšší počet

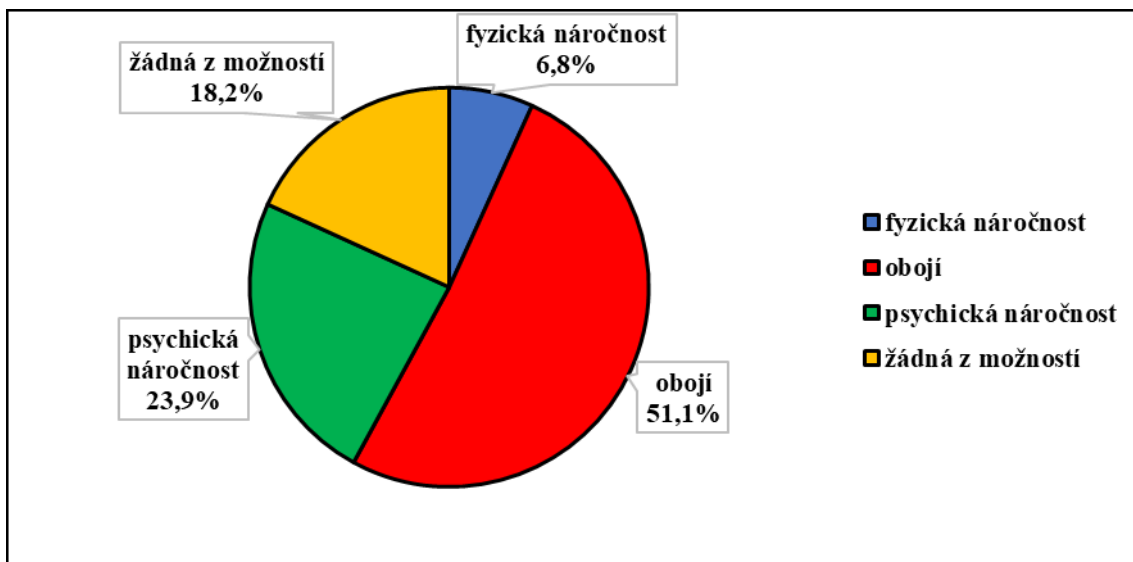
oslovených respondentů 150 (88,2 %). Žádnou z nabízených možností si vybrali pouze 2 (1,2 %) respondenti.

Graf 7 Úvaha o změně zaměstnání



Z celkového počtu 170 respondentů uvedlo 88 (51,8 %) respondentů, že uvažovalo o změně zaměstnání a 82 (48,2 %) z dotazovaných o změně zaměstnání nepřemýšlelo.

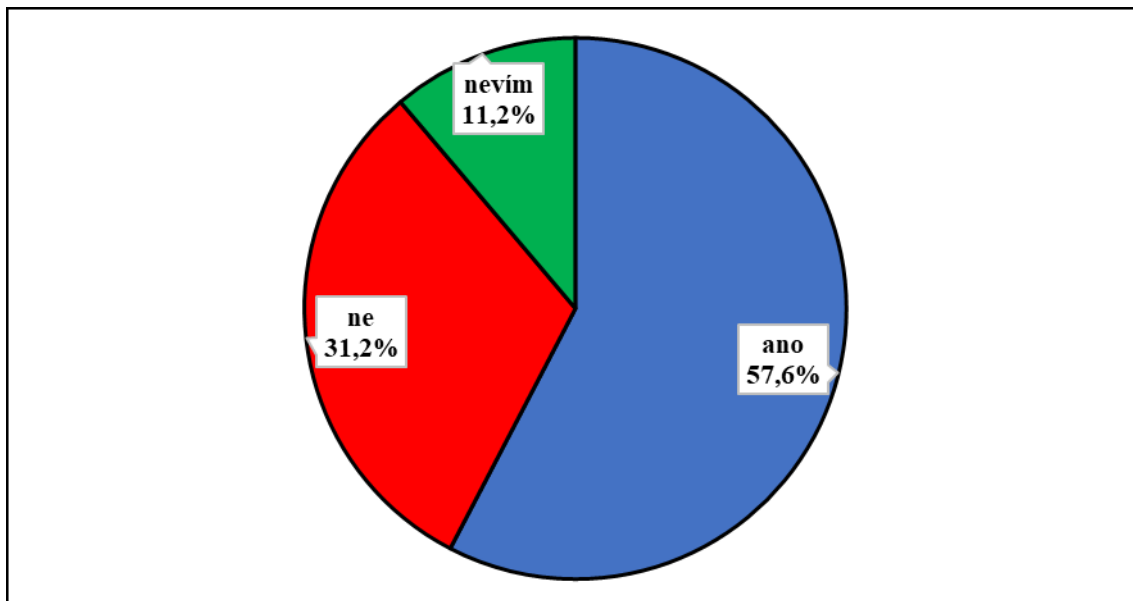
Graf 8 Důvod ke změně zaměstnání



Z 88 (51,8 %) respondentů, kteří přemýšleli o změně zaměstnání, vyjádřili názor, že důvodem jejich změny by byla u 21 (23,9 %) respondentů psychická náročnost tohoto povolání. Pouze 6 (6,8 %) respondentů uvedlo fyzickou náročnost jako důvod ke změně. U 16 (18,2 %) by nebyla důvodem ke změně žádná z uvedených možností.

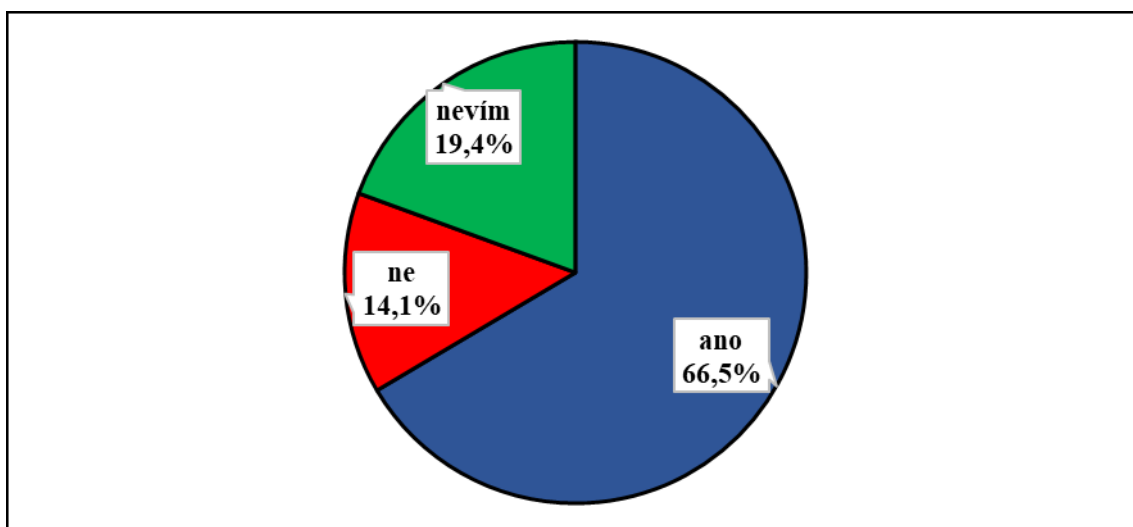
Nejvyšší počet 45 (51,1 %) dotazovaných by o změně přemýšlela o důvodu psychické i fyzické náročnosti zdravotnického povolání.

Graf 9 Seznámení se Systémem psychosociální intervenční péče na pracovišti



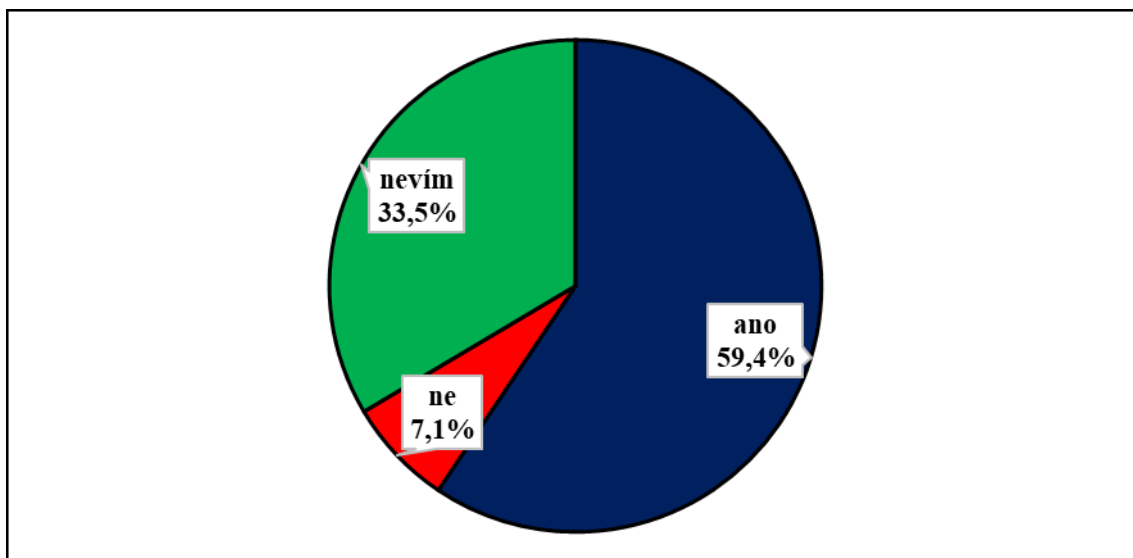
Při průzkumu, zda byli zdravotníci seznámeni na svých pracovištích se systémem psychosociální intervenční péče, ze 170 respondentů odpovědělo 53 (31,2 %) respondentů, že nebylo na pracovišti s tímto systémem seznámeno. Naopak 98 (57,6 %) oslovených uvedlo kladnou odpověď, 19 (11,2 %) respondentů neví, zda s tímto systémem byli seznámeni.

Graf 10 Povědomí o fungování systému psychosociální intervenční péče v nemocnici



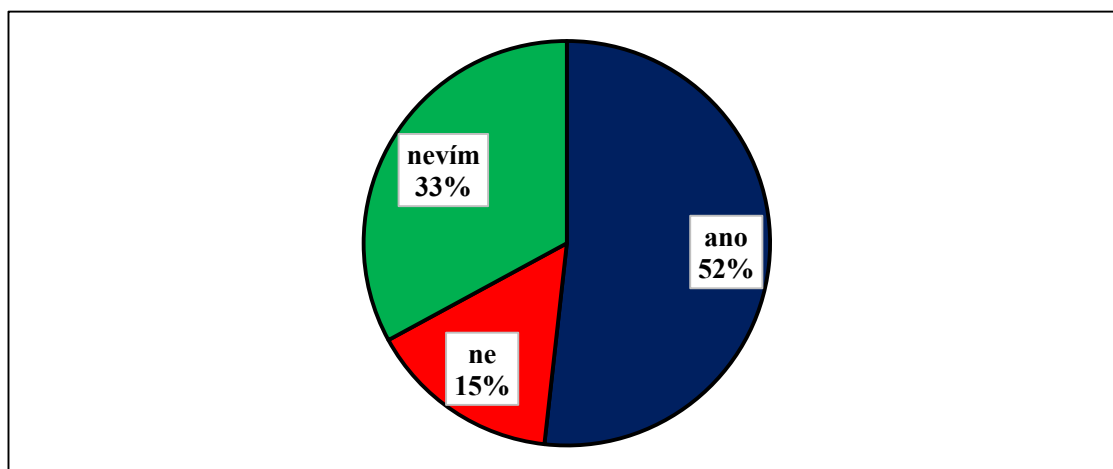
Z grafu 10 vyplývá, že ze 170 respondentů 113 (66,5 %) respondentů ví o fungování systému psychosociální intervenční péče ve své nemocnici, 24 (14,1 %) respondentů si myslí, že v nemocnici tento systém intervence není a 33 (19,4 %) respondentů neví o jeho fungování vůbec.

Graf 11 Povědomí o vyškolených psychosociálních pracovnících v nemocnici



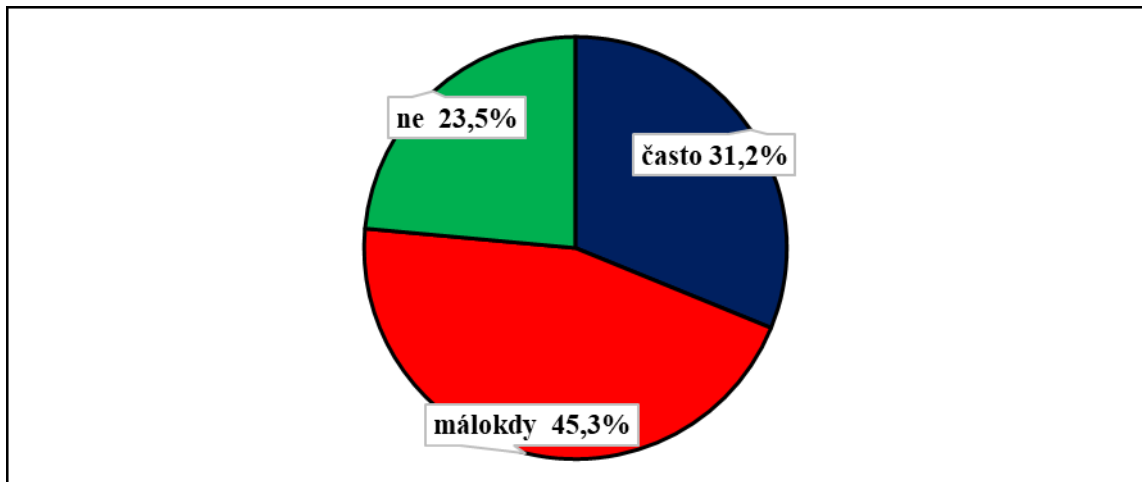
Z grafu 11 vyplývá, že respondenti v počtu 101 (59,4 %) ví o vyškolených psychosociálních pracovnících v nemocnici. Dále 12 (7,1 %) respondentů uvedlo, že tyto pracovníky v jejich nemocnici nemají a 57 (33,5 %) respondentů neví, zda v nemocnici tito pracovníci působí.

Graf 12 Kontakt na psychosociálního pracovníka na pracovišti



Kontakt na psychosociálního pracovníka na svém pracovišti má 88 (51,8 %) respondentů, 26 (15,3 %) uvedlo, že nemá kontakt na psychosociálního pracovníka na pracovišti a 56 (32,9 %) respondentů neví, zda tento kontakt na pracovišti mají.

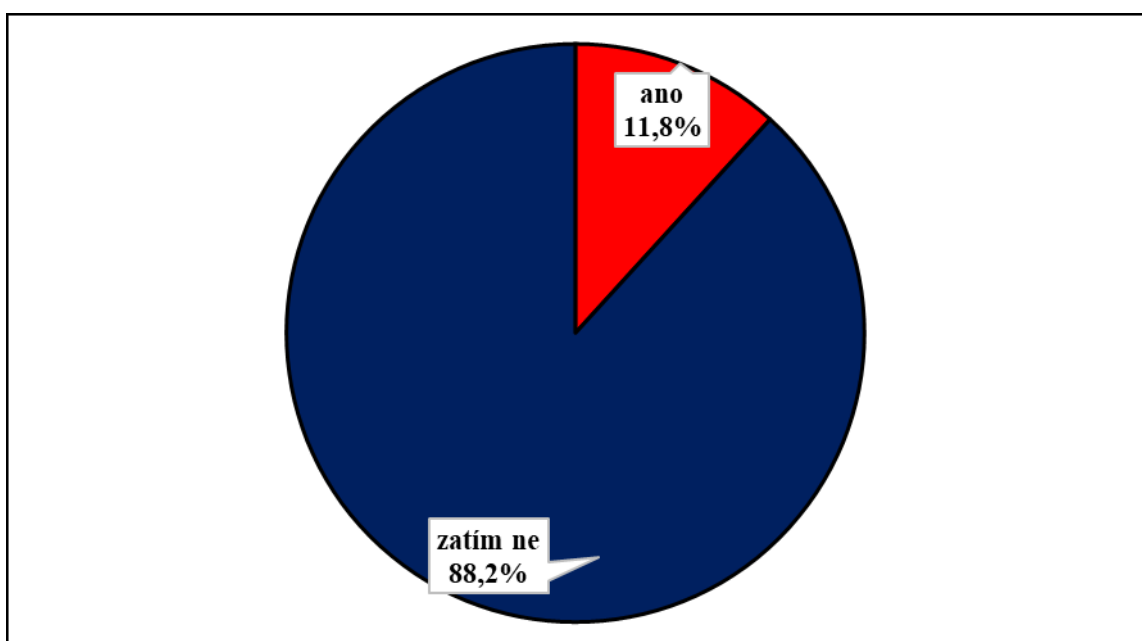
Graf 13 Extrémní zejména psychická zátěž



Z grafu č. 13 vyplývá, že 53 (31,2 %) respondentů se často ocitlo v extrémní zejména psychické zátěži.

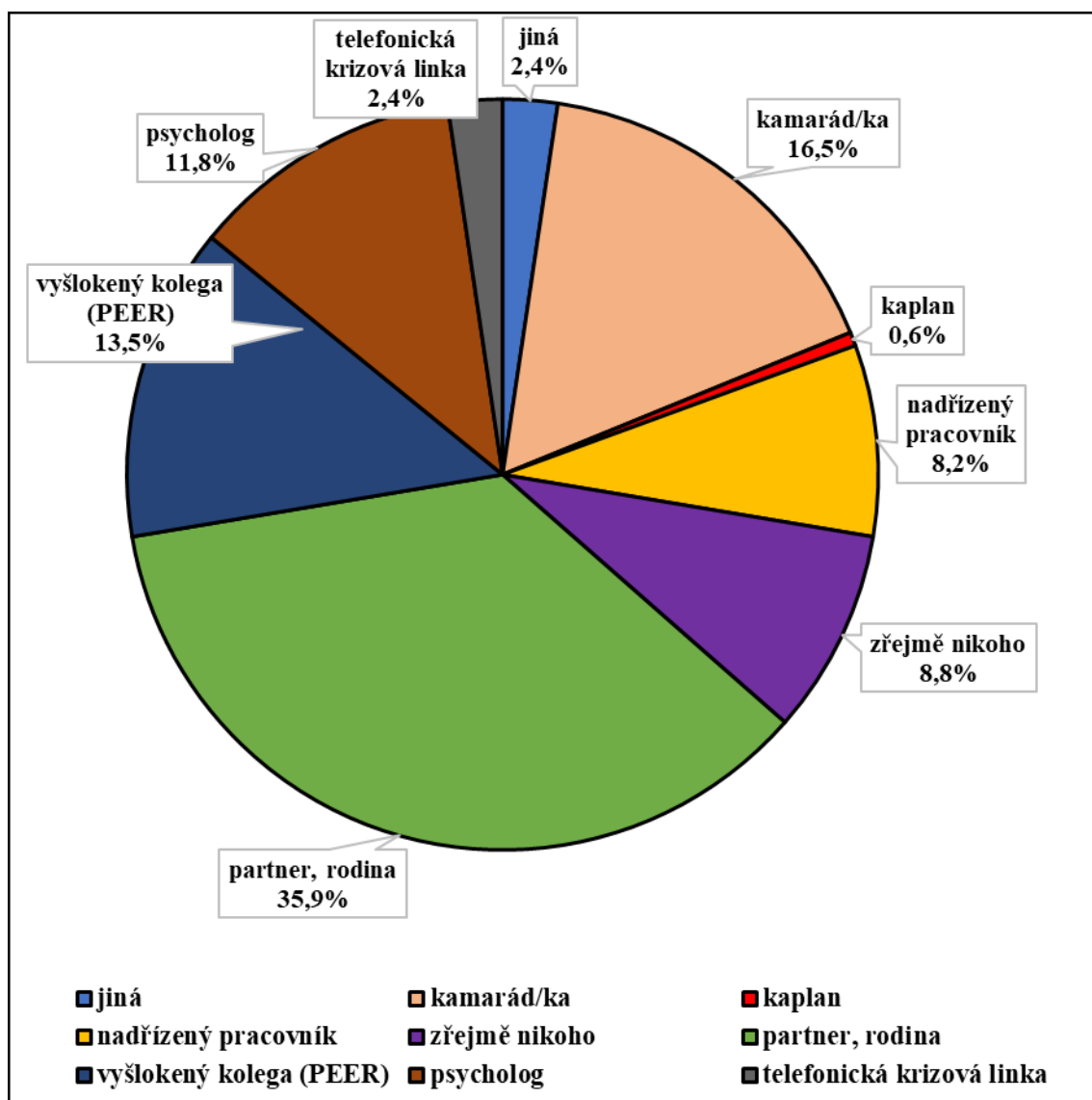
Málokdy extrémní psychickou zátěž pocítilo 77 (45,3 %) respondentů. Dále pak 40 (23,5 %) respondentů ze 170 uvedlo, že se v extrémní psychické zátěži ještě neocitlo.

Graf 14 Situace, v níž by potřeboval psychosociální pomoc



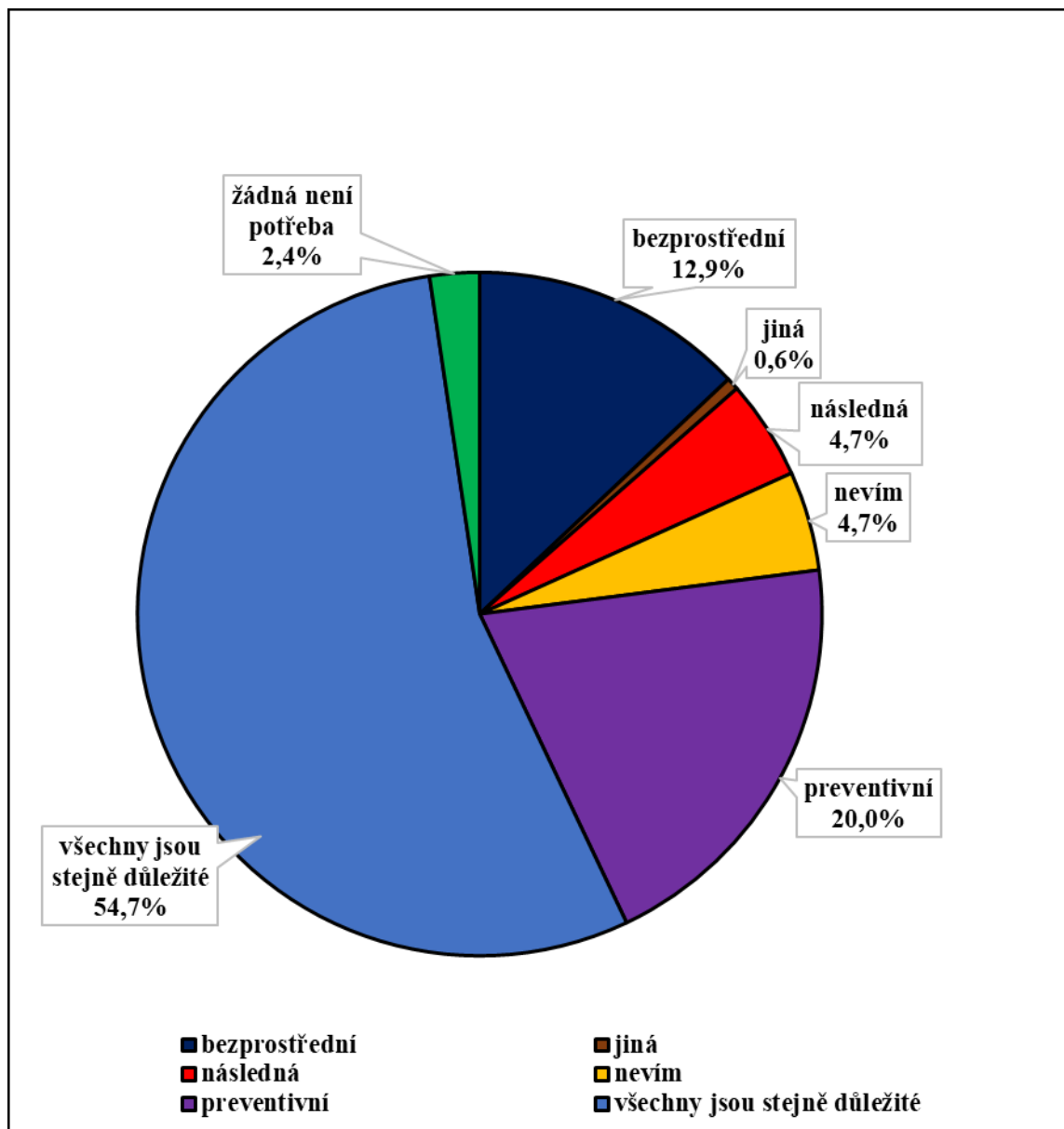
V situaci, která by si vyžádala psychosociální pomoc, se zatím neocitlo 150 (88,2 %) respondentů. Naopak 20 respondentů již zažilo situaci, ve které by psychosociální intervenci potřebovali. V jednom případě *pocit syndromu vyhoření*, dále dva respondenti uvedli jako náročné situace *kontakt s rodinou pacienta v terminálním stádiu a kontakt s rodinou umírajícího pacienta*. Pro dalšího z respondentů byla zátěžovou situací *umírání člena rodiny na oddělení*, dále pak jeden respondent uvedl *úmrtí v rodině, se kterým se nedokázal vyrovnat*. Zátěžovou situací pro dalšího respondenta byla *péče o kolegu, který byl hospitalizován na oddělení, na němž došlo při jeho směně, k úmrtí tohoto kolegy o kterého pečoval*. Jako další situací byla popsána *dlouhodobá péče o umírajícího pacienta na oddělení*. Dva respondenti by vyhledali psychosociální intervenci v situacích *při chybném podání chemoterapie a při záměně podání transfuzního přípravku*. Dva respondenti popsali náročné situace, ve kterých se ocitli, a to *při úmrtí mladé ženy při porodu* a další pak *úmrtí plodu při porodu*. Devět respondentů potvrdilo prožití situace, která by si vyžádala psychosociální pomoc, ale odmítli tuto situaci popsat.

Graf 15 V koho mají zdravotníci důvěru v žádosti o psychosociální pomoc



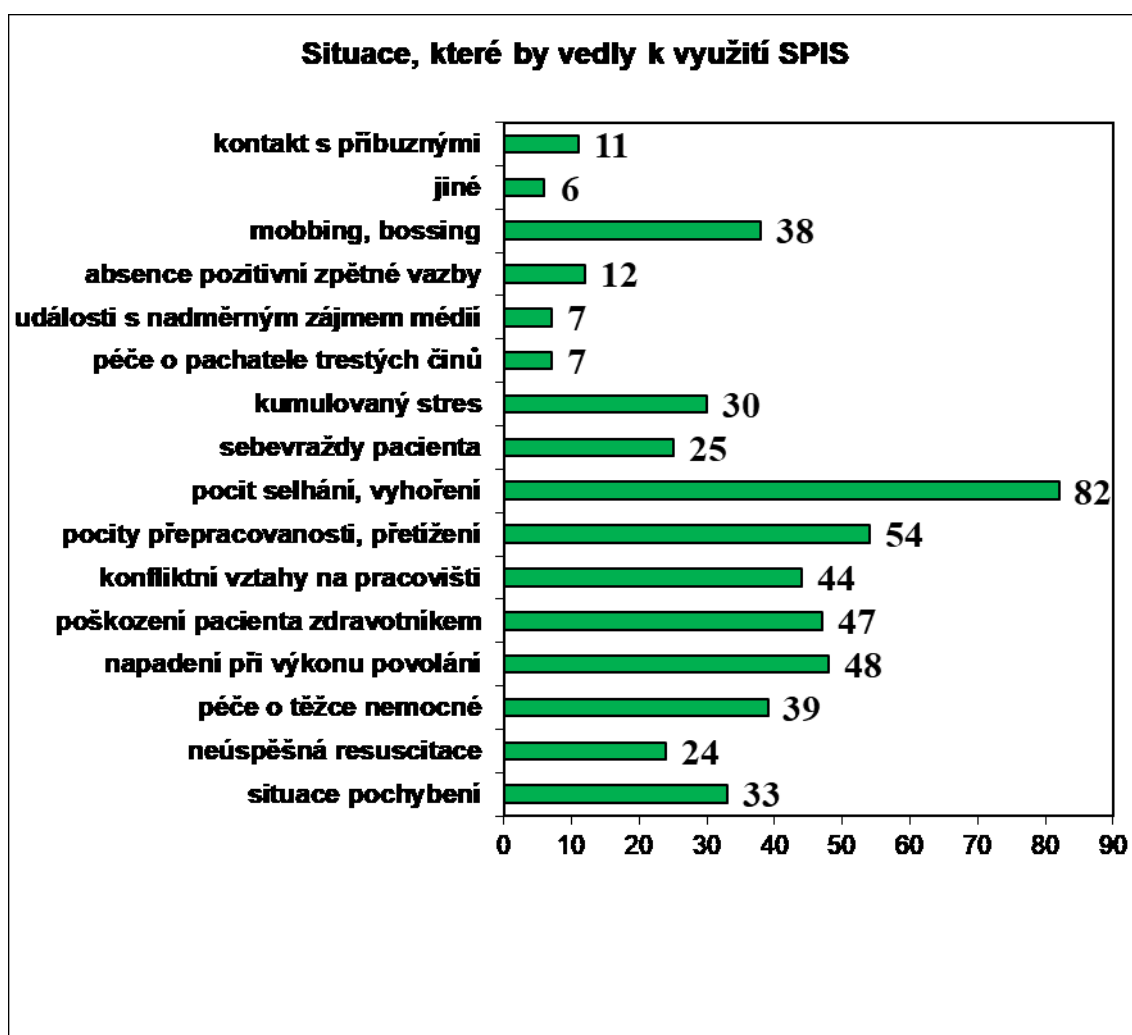
Z grafu vyplývá, že nejvyšší počet respondentů 61 (35,9 %) by požádalo o pomoc svou rodinu a svého partnera. Druhou skupinu tvoří kamarádi, tak uvedlo 28 (16,5 %) respondentů. Dále by 23 (13,5 %) respondentů vyhledalo vyškoleného kolegu peera a 20 (11,8 %) respondentů psychologa. Zřejmě nikoho by nevyhledalo 15 (8,8 %) respondentů. Na nadřízeného pracovníka by se obrátilo 14 (8,2 %) respondentů a krizovou telefonickou linku by preferovali 4 (2,4 %) respondenti. Možnost pomoci od kaplana uvedl jen 1 (0,6 %) respondent. Jinou možnost zvolili 4 (2,4 %) respondenti, zde uvedli, že by se ve třech případech obrátili na kolegu a v jednom případě by to byla osoba, ke které respondent má důvěru.

Graf 16 Forma psychosociální podpory pro zdravotníky



Respondenti v počtu 34 (20,0 %) uvedli preventivní formu psychosociální podpory jako důležitou v psychosociální intervenci, bezprostřední psychosociální podporu po náročných situacích by preferovalo 22 (12,9 %) respondentů ze 170 oslovených. Následnou psychosociální intervenci by zvolilo 8 (4,7 %) respondentů. 4 (2,4 %) respondenti si myslí, že žádná forma psychosociální intervence není důležitá. Jinou možnost zvolil pouze jeden respondent, který zároveň uvedl, že forma intervence by vyplývala z konkrétní situace. Nejvyšší počet 93 (54,7 %) respondentů pociťuje, že všechny formy psychosociální intervence jsou stejně důležité.

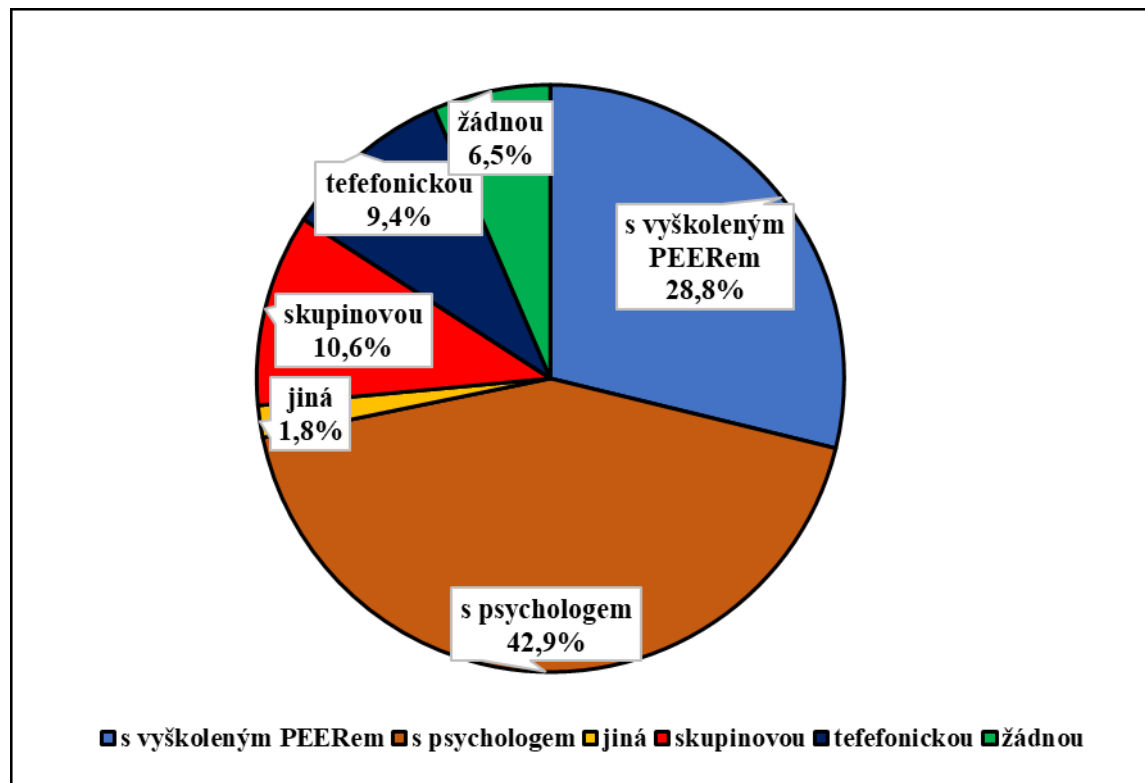
Graf 17 Situace, které by vedly k využití psychosociální intervenční péče



Z celkového počtu 507 odpovědí na otázku „V jakých situacích byste pravděpodobně využil/a psychologické a psychosociální pomoci?“ by se týkalo u 11 odpovědí (2,17 %) kontaktu s příbuznými, který bude pro zdravotníka obtížný a stresující, 38 (7,50 %) odpovědí bylo uvedeno u možnosti mobbing a bossing na pracovišti, možnost absence zpětné vazby byla zvolena 12 krát (2,37 %), u možnosti kdy by se zdravotníci ocitli v situacích s nadměrným zájmem médií bylo 7 odpovědí (1,38 %), péče o pachatele trestných činů byla zvolena 7 respondenty (1,38 %), kumulovaný stres je pro zdravotníky situací, která byla zvolena 30 (5,92 %) krát, možnost sebevraždy pacienta byla zvolena 25 (4,93 %) krát, nevyšší počet 82 (16,17 %) odpovědí bylo zaznamenáno u možnosti pocit selhání a vyhoření, pocit přepracovanosti a přetížení bylo označeno 54 (10,65 %) krát, konfliktní vztahy na pracovišti zvolilo 44 (8,68 %) respondentů, pro poškození pacienta zdravotníkem bylo 47 (9,27 %) respondentů, napadení při výkonu

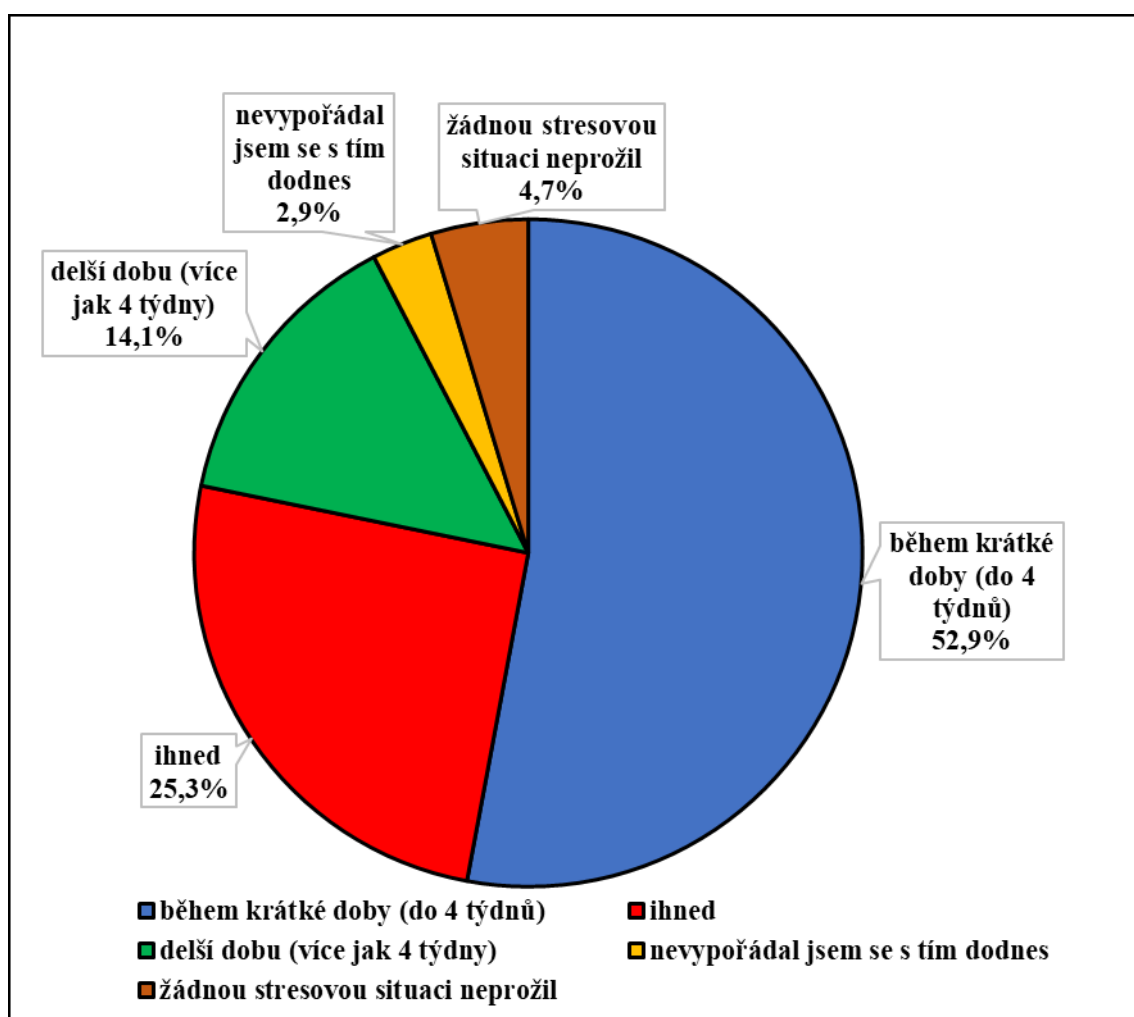
povolání zvolilo 48 (9,47 %), 39 (7,69 %) bylo pro možnost péče o těžce a kriticky nemocné, 24 (4,73 %) bylo pro situace kdy dojde k neúspěšné resuscitaci, v situacích pochybení by využilo pomoci 33 (6,51 %) respondentů a možnost odpovědi jiné, zvolilo 6 (1,18 %) respondentů, kteří však nepopsali, ani v jednom případě o jakou konkrétní situaci by se jednalo.

Graf 18 Preference způsobu intervenční péče



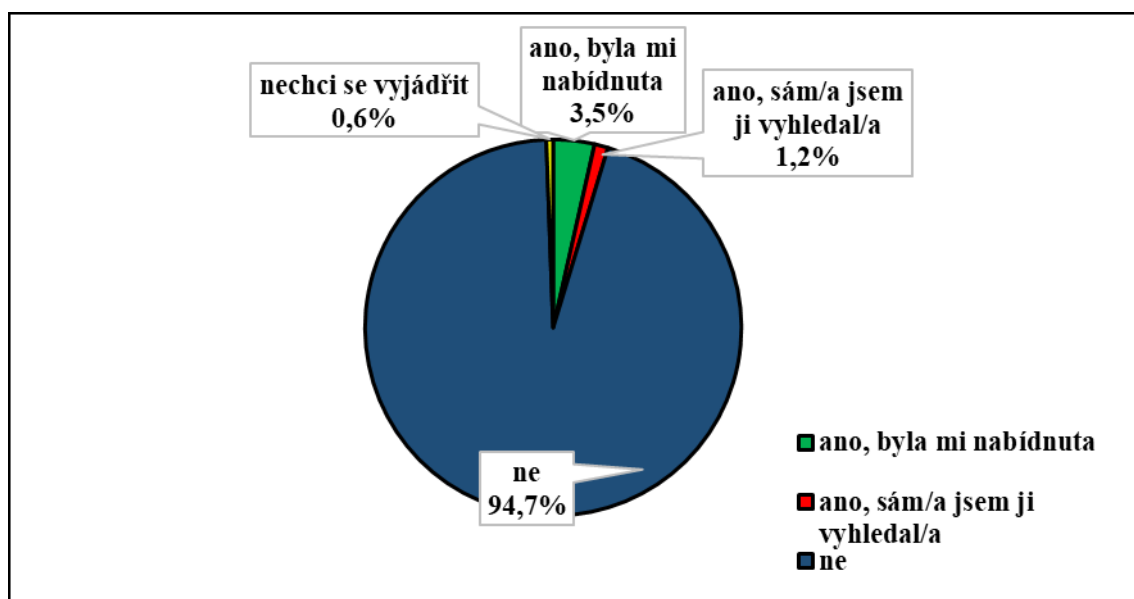
V případě potřeby by ze 170 respondentů, 73 (42,9 %) respondentů preferovalo psychologickou intervenci mezi čtyřma očima, dále 49 (28,8 %) respondentů mezi čtyřma očima s vyškoleným kolegou peerem. Skupinovou intervenci by preferovalo 18 (10,6 %) respondentů a telefonickou by využilo 16 (9,4 %) respondentů. Žádný způsob intervence uvedlo 11 (6,5 %) respondentů a jinou možnost uvedli 3 (1,8 %) respondenti, kteří však nepopsali jakou.

Graf 19 Doba vyrovnávání se, se zátěžovou stresovou situací



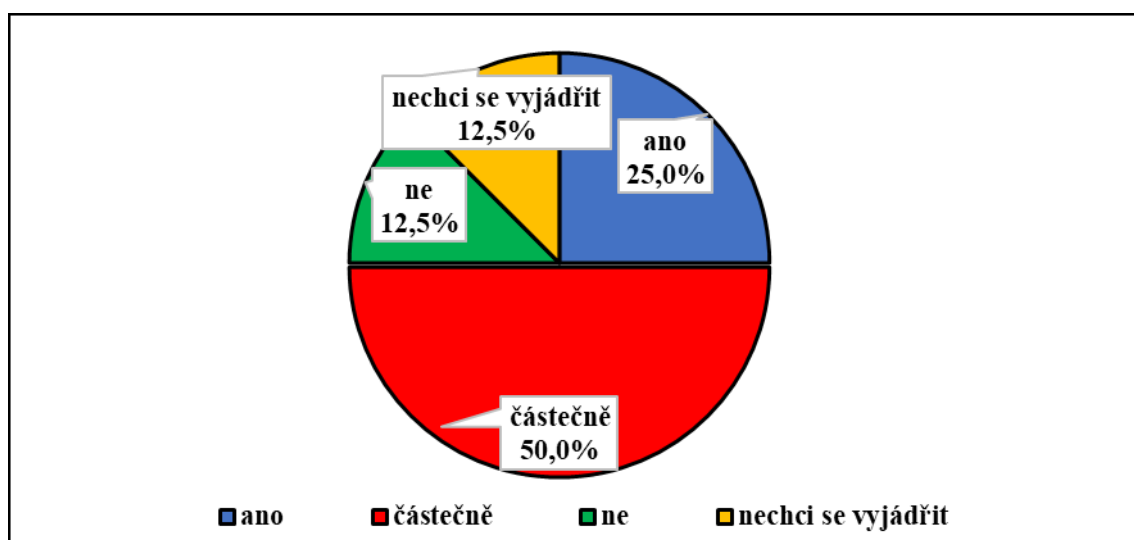
Z tohoto grafu vyplývá, že nejvyšší počet 90 (52,9 %) respondentů se stresovou, zátěžovou situací vyrovnává během krátké doby, a to do čtyř týdnů. Druhou skupinu tvoří respondenti 43 (25,3 %), kteří se většinou se stresovou zátěžovou situací vyrovnají ihned. Delší dobu to je více než čtyři týdny na vyrovnání se stresovou zátěžovou situací potřebuje 24 (14,1 %) respondentů. Žádnou stresovou a zátěžovou situaci neprožilo při výkonu své profese 8 (4,7 %) respondentů. Naopak 5 (2,9 %) respondentů uvedlo, že se dodnes nevypořádalo se zátěžovou stresovou situací, kterou zažili.

Graf 20 Využití psychosociální intervenční péče



Z celkového počtu 170 respondentů uvedlo, že ještě nikdy nevyužilo služeb psychosociální intervenční péče 161 (94,7 %) respondentů, k odpovědi „ano, byla mi nabídnuta“ se připojilo 6 (3,5 %) respondentů a odpověď „ano, sám/a jsem si ji vyhledal/a zvolili 2 (1,2 %) respondenti. Možnost nevyjádřit se k této otázce využil 1 (0,6 %) respondent.

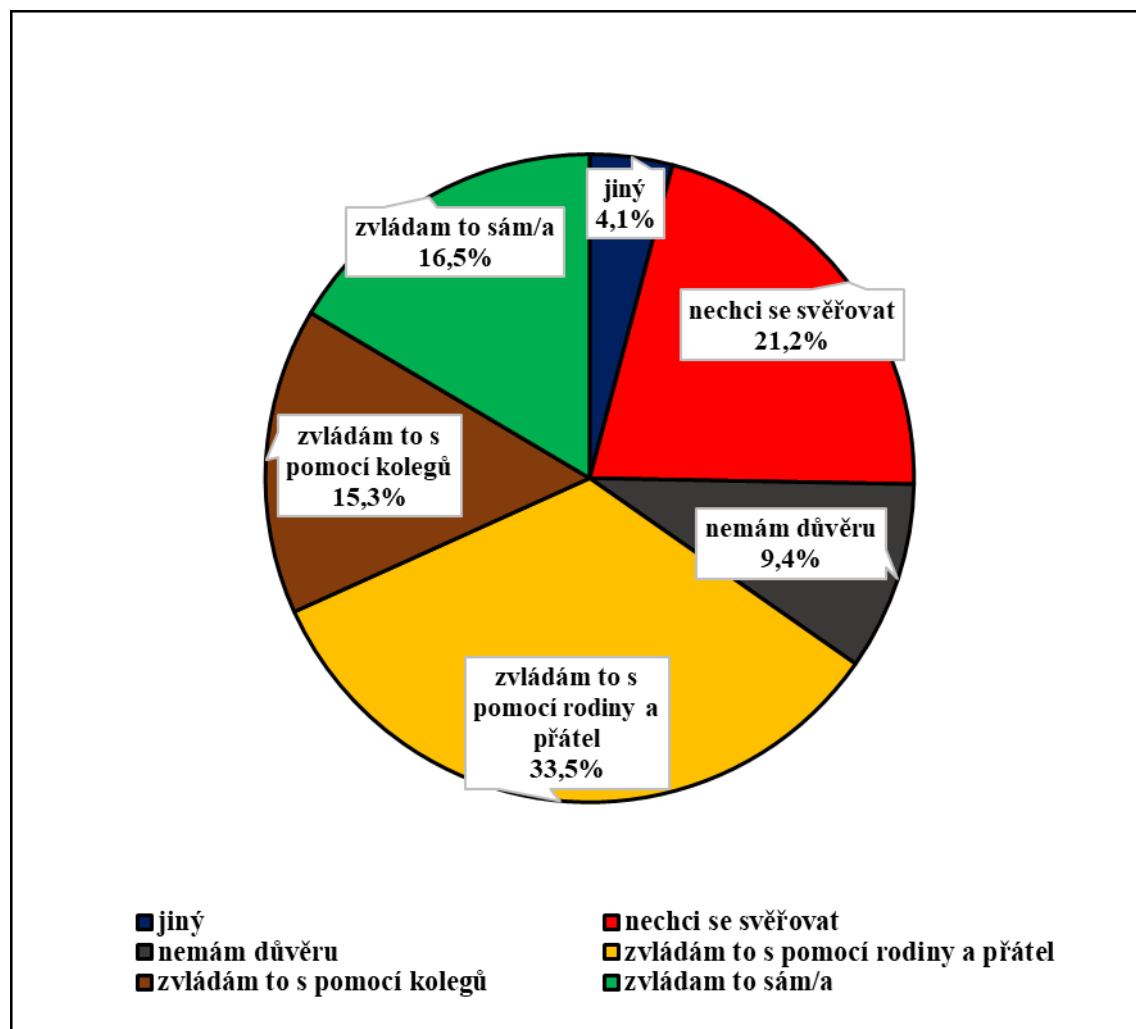
Graf 21 Přínos psychosociální intervenční péče



Z počtu 8 respondentů, kteří odpovídali na tuto otázku, vyplývá, že 2 (25,0 %) respondentům, kteří využili psychosociální intervenční péči, byla tato služba přínosem.

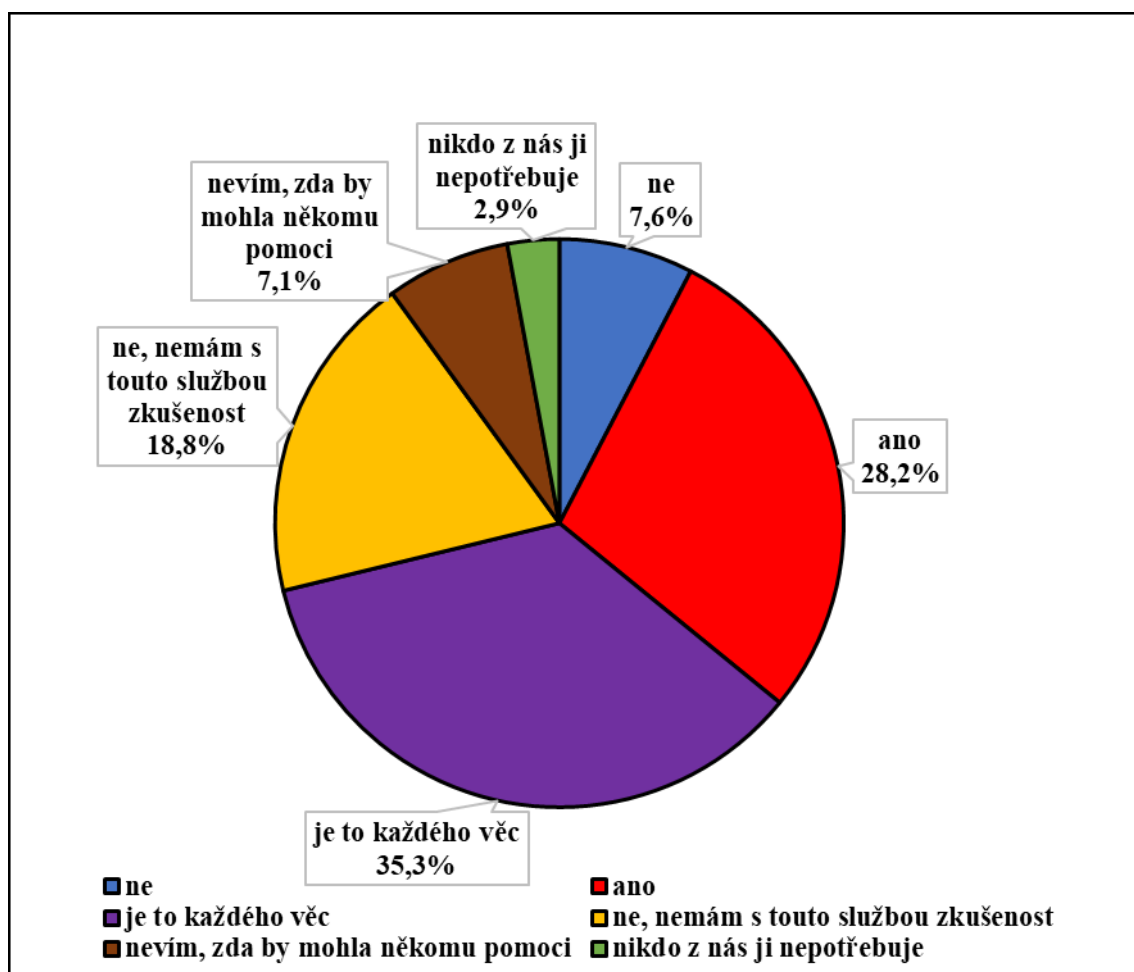
Částečný přínos potvrdili 4 (50,0 %) respondenti z osmi, kteří uvedli kladnou odpověď v otázce „zda někdy využili psychosociální intervenční péči“, negativně se vyjádřil 1 (12,5 %) respondent. Možnost nevyjádřit se k této otázce využil 1 (12,5 %) respondent.

Graf 22 Důvod nevyužití služby psychosociální intervenční péče



Důvodem pro nevyužití služby psychosociální intervenční péče, jak vyplývá z grafu je zvládání problémů s pomocí rodiny a přátel a to u 57 (33,5 %) respondentů, s pomocí kolegů zvládá své problémy 26 (15,3 %) odpovídajících. Zdravotníci také zvládají své problémy sami, to uvedlo 28 (16,5 %) z dotázaných. Další část také tvoří respondenti 36 (21,2 %), kteří se nechtějí se svými problémy svěřovat. Nedůvěru vyjádřilo 16 (9,4 %) zdravotníků. Jiný důvod, proč by nevyužili tuto službu, uvedlo 7 (4,1 %) respondentů, z nichž 6 se dále k této odpovědi nevyjádřilo, 1 respondent uvedl, že nemá důvěru v PEERY.

Graf 23 Doporučení služby psychosociální intervenční péče



Poslední otázka v dotazníku byla, zda by zdravotníci doporučili službu psychosociální intervenční péče některému ze svých kolegů. Zde ze 170 respondentů, 48 (28,2 %) respondentů odpovědělo kladně, záporně odpovědělo 13 (7,6 %) respondentů, nejvyšší počet 60 (35,5 %) respondentů se shodlo, že je to každého osobní věc, 5 (2,9 %) respondentů uvedlo, že nikdo z jeho okolí tuto službu nepotřebuje, 32 (18,8 %) respondentů nemá se službou psychosociální intervenční péče zkušenost, aby ji mohl doporučit, 12 (7,1 %) respondentů neví, zda by tato služba mohla někomu pomoci.

3.2 Kategorizace dat podle třídění 2. stupně statistického šetření kvantitativního výzkumu

H 1: Psychickou náročnost zdravotnické profese vnímají zdravotníci ve všech věkových kategoriích.

Tabulka 1 Testování psychické náročnosti ve vztahu k věkovým kategoriím.

			psychická náročnost		
			ano	ne	celkem
četnosti	věk	do 20 let	5	1	6
		21-29 let	34	2	36
		30-39 let	45	1	46
		40-49 let	57	1	58
		50-59 let	19	1	20
		60 let a více	3	1	4
		celkem	163	7	170
			ano	ne	
řádková procenta	věk	do 20 let	83,33%	16,67%	100%
		21-29 let	94,44%	5,56%	100%
		30-39 let	97,83%	2,17%	100%
		40-49 let	98,28%	1,72%	100%
		50-59 let	95,00%	5%	100%
		60 let a více	75%	25%	100%

Chí kvadrát $\chi^2 = 8,321$, $p = 0,139$, $df = 5$, síla provedeného testu s $\alpha = 0,050 : 0,576$.

K hypotéze 1 se vztahovala otázka 2 a 6. Hypotéza byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu. Z testování vyplývá, že nebyl prokázán rozdíl mezi věkovými skupinami. Psychickou náročnost zdravotnické profese vnímají zdravotníci ve všech věkových kategoriích. Přijímáme tedy nulovou hypotézu.

H 2: Psychická zátěž je u zdravotníků více vnímána po delší době odpracované ve zdravotnictví.

Tabulka 2 Testování psychické zátěže ve vztahu k době odpracované ve zdravotnictví.

			psychická zátěž		
			ano	ne	celkem
četnosti	odpracované roky ve zdravotnictví	do 5 let	38	1	39
		6-10 let	20	2	22
		11-20 let	54	2	56
		21 a více let	51	2	53
		celkem	163	7	170
					ano
řádková procenta	odpracované roky ve zdravotnictví	do 5 let	97,44%	2,56%	100%
		6-10 let	90,91%	9,09%	100%
		11-20 let	96,36%	3,64%	100%
		21 a více let	96,23%	3,77%	100%

Chí kvadrát $\chi^2 = 1,708$, $p = 0,789$, $df = 4$, síla provedeného testu s $\alpha = 0,050 : 0,147$.

K hypotéze 2 se vztahovala otázka 4 a 6. Hypotéza byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu. Z testování vyplývá, že nebyl prokázán rozdíl mezi dobou dopracovanou ve zdravotnictví. Psychická zátěž u zdravotníků je tedy vnímána v každém z uvedených období odpracovaném ve zdravotnictví stejně. Neplatí alternativní hypotéza, ale přijímáme nulovou hypotézu.

H 3: Psychická náročnost je vnímána napříč všemi zdravotnickými profesemi.

Tabulka 3 Testování psychické náročnosti napříč všemi zdravotnickými profesemi.

			psychická náročnost zdravotnické profese		
			ano	ne	celkem
četnosti	profese	lékaři	15	0	15
		všeobecná sestra (PSS.)	24	0	24
		všeobecná sestra (Mgr.)	1	0	1
		všeobecná sestra (Bc.)	23	0	23
		porodní asistentka	19	0	19
		všeobecná sestra	53	2	55
		praktická sestra	10	1	11
		sanitář	18	4	22
		celkem	163	7	100%
				ano	ne
řádková procenta	profese	lékaři	100,00%	0,00%	100%
		všeobecná sestra (PSS.)	100,00%	0,00%	100%
		všeobecná sestra (Mgr.)	100,00%	0,00%	100,00%
		všeobecná sestra (Bc.)	100,00%	0,00%	100,00%
		porodní asistentka	100,00%	0,00%	100,00%
		všeobecná sestra	96,36%	3,64%	100,00%
		praktická sestra	90,91%	9,09%	100,00%
		sanitář	81,82%	18,18%	100,00%

Chí kvadrát $\chi^2 = 15,136$, $p = 0,019$, $df = 6$, síla provedeného testu s $\alpha = 0,050 : 0,849$.

K hypotéze 3 se vztahovala otázka 3 a 6. Hypotéza byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu. Z testování vyplývá, že nebyl prokázán rozdíl mezi psychickou náročností ve zdravotnických profesích. Psychická zátěž u zdravotníků je tedy vnímána v každé zdravotnické profesi stejně. Přijímáme nulovou hypotézu.

H 4: Vnímání psychické náročnosti zdravotnické profese je stejné v chirurgických a interních oborech, nezávisle na délce praxe.

Tabulka 4 Testování vnímání psychické náročnosti zdravotnické profese v chirurgických a interních oborech v závislosti na délce praxe.

			vímání psychické zátěže -chirurgie			vímání psychické zátěže-interna		
			ano	ne	celkem	ano	ne	celkem
četnosti	odpacované roky ve zdravotnictví	do 5 let	15	0	15	9	1	10
		6-10 let	8	0	8	4	0	4
		11-20 let	24	2	26	10	0	10
		21 a více let	18	1	19	10	0	10
		celkem	65	3	68	33	1	34
			ano	ne	celkem	ano	ne	celkem
řádková procenta	odpacované roky ve zdravotnictví	do 5 let	100,00%	0,00%	100%	90,00%	10,00%	100%
		6-10 let	100,00%	0,00%	100%	100,00%	0,00%	100%
		11-20 let	92,31%	7,69%	100%	100,00%	0,00%	100%
		21 a více let	94,74%	5,26%	100%	97,06%	2,94%	100%

Chí kvadrát $\chi^2 = 0,1301$.

K hypotéze 4 se vztahovala otázka 4,5,6. Hypotéza byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu. Z testování vyplývá, že nebyla prokázána závislost vnímání náročnosti zdravotnické profese na délce praxe v oboru chirurgickém a interním. Neplatí alternativní hypotéza, ale přijímáme nulovou hypotézu.

4.3 Kategorizace dat dle odpovědí respondentů

Respondent 1

První respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita psychosociální intervenční péče odpověděl, *co se týká peer podpory zdravotníků, je efektivita nízká. V poskytování intervencí pro osoby zasažené a blízké je to o něco lepší. Většinou jde o řešení skupinových peer intervencí v rámci oddělení. Peer intervence pro jednotlivce, máme spíše minimálně.* Na druhou otázku, co brání využívání intervenční péče, odpověděl, *dle mého názoru je to strach z odhalení a nízká propagace naší činnosti.* Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověď zněla *určitě více propagovat tuto službu a možná by pomohlo zahrnout ji i do benefitů, které nemocnice nabízí svým zaměstnancům.*

Respondent 2

Druhý respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl *myslím si, že by mohla být i vyšší, ale jsme rádi, když můžeme zasaženému pomoci.* Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče odpověď zněla, *co brání efektivitě, to nedokážu posoudit. A co brání využívání pomoci a podpory, kterou nabízíme je nám také často skryto, každopádně vím, že ti, co se na nás obrátí, představují jen pouhou špičku ledovce. Problémů je reálně mnohem více. Důležitá je prezentace naší činnosti, a to periodicky a opakovaně, aby i nově příchozí zaměstnanci o této službě věděli.* Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověď zněla *nejlepší reklamou je činnost, dobře odvedená práce a reference. Doporučil bych určitě pravidelnou informovanost o této službě.*

Respondent 3

Třetí respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl *na tuto otázku, asi nedokážu odpovědět, ale myslím, že spíše nízká.* Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče odpověď zněla *myslím, že se zdravotníci bojí, že nebude zachována jejich anonymita a jistě je to dáno i osobností zdravotníků, kteří si neradi říkají o pomoc.*

Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků, k využití této služby odpověď zněla, *asi by pomohla vyšší propagace a semináře na toto téma. Možná, by tento systém mohl být představen i studentům na zdravotnických školách.*

Respondent 4

Čtvrtý respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl, *dle mého názoru máme poměrně vysokou efektivitu v provedených intervencích u zdravotníků, jsou to, ale spíše vyžádané intervence pro kolektivy, jednotlivci nás vyhledávají o něco méně.* Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče respondent odpověděl: *v první řadě si myslím, že je to nedůvěra k peerům, která je dána všeobecně nízkou propagací, intervenci a peeri jsou spíše spojovány se záchrankami při řešení krizových intervencí v nemocnicích je nízká informovanost.* Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověděl, *měl by být seminář, kde by byla představena naše činnost a více propagačního materiálu na oddělení.*

Respondent 5

Pátý respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl, *myslím, že efektivita je spíše nižší, jelikož zdravotníci tuto službu nevyužívají tak často.* Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče odpověď zněla: *zdravotníci o nás moc nevědí, nevědí, co děláme a kde nás mohou najít. Myslím si ale, že toto je věc managementu nemocnic.* Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověď zněla, *stoprocentně vyšší propagaci a reklamu.*

Na základě provedených rozhovorů, byly stanoveny tyto kategorie:

1. Efektivita
2. Překážky
3. Doporučení

Kategorie 1 Efektivita

Z analyzovaných rozhovorů vyplývá, že efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče je nízká v oblasti poskytování této služby zdravotníkům. To dokládá i názor respondenta 1: „*co se týká peer podpory zdravotníkům je efektivita nízká*“ (R1), dále názor respondenta 3 „*na tuto otázku, asi nedokážu odpovědět, ale myslím, že spíše nízká*“ (R3), a názor respondenta 5 „*myslím, že efektivita je spíše nižší*“ (R5). Respondent 2 vyjádřil názor, že efektivita psychosociální intervenční péče není úplně nízká, ale mohla by být vyšší: „*myslím si, že by mohla být i vyšší*“ (R2). Pouze respondent 4 uvedl efektivitu v poskytování psychosociální intervenční péče jako vysokou „*dle mého názoru máme poměrně vysokou efektivitu v provedených intervencích u zdravotníků*“ (R4), k tomuto názoru však dodal, že se jedná většinou o skupinové intervence, které jsou vyžádané na oddělení „*jsou to, ale spíše vyžádané intervence pro kolektivy, jednotlivci nás vyhledávají o něco méně*“ (R4). S tímto názorem se shoduje i vyjádření respondenta 1 „*Většinou jde o řešení skupinových peer intervencí v rámci oddělení. Peer intervence pro jednotlivce, máme spíše minimálně*“ (R1). Respondent 1 dále vyjádřil názor, že vyšší efektivita v poskytnutých intervencích je v oblasti intervencí osobám blízkým „*v poskytování intervencí pro osoby zasažené a blízké je to o něco lepší*“ (R1).

Kategorie 2 Překážky

Na otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče se respondenti ve dvou případech shodli, že mají zdravotníci obavy z odhalení a nedodržení jejich anonymity: „*je to strach z odhalení (R 1), myslím, že se zdravotníci bojí, že nebude zachována jejich anonymita (R 3)*“. Druhým důvodem, jenž byl vyjádřen respondenty ve třech případech, který dle jejich názoru brání ve využívání psychosociální intervenční péče, je nízká propagace ve zdravotnických zařízeních. To dokládají i názory respondentů: „*nízká propagace naší činnosti (R1), všeobecně nízkou propagací (R4), zdravotníci o nás moc nevědí, nevědí, co děláme a kde nás mohou najít*“ (R5). Třetím důvodem, který vyjádřil respondent 3 je názor, že je problém i v osobnosti zdravotníků, kteří si neradi říkají o pomoc „*a jistě je to dáno i osobností zdravotníků, kteří si neradi říkají o pomoc*“ (R3).

Kategorie 3 Doporučení

Pokud se sami peři měli vyjádřit k otázce, co by oni doporučili pro větší efektivitu a zájem zdravotníků v oblasti psychosociální intervenční péče, zazněl názor, který se shodoval u všech dotazovaných respondentů. Za důležitou považují prezentaci jejich činnosti, vyšší informovanost a propagaci ve zdravotnických zařízeních to dokládají i názory všech respondentů. „*Určitě více propagovat tuto službu*“ (R1). „*Důležitá je prezentace naší činnosti, a to periodicky a opakovaně, aby i nově příchozí zaměstnanci o této službě věděli. Doporučil bych určitě pravidelnou informovanost o této službě*“ (R2). „*Asi by pomohla vyšší propagace a semináře na toto téma. Možná, by tento systém mohl být představen i studentům na zdravotnických školách*“ (R3). „*Měl by být seminář, kde by byla představena naše činnost a více propagačního materiálu na oddělení*“ (R4). „*Sto procentně vyšší propagaci a reklamu*“ (R5). Názor, který vyjádřil respondent 1, zněl: „*A možná by pomohlo zahrnout ji i do benefitů, které nemocnice nabízí svým zaměstnancům R (1)*“.

4 DISKUZE

Hlavním záměrem předkládané práce bylo popsat úlohu psychosociální intervenční péče v oblasti zdravotnictví. K tomu byly zvoleny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit reálný stav v poskytování psychosociální intervenční péče ošetrovatelskému personálu. Druhým cílem bylo zjistit možnosti nabídky a využití psychosociální intervenční péče ve zdravotnických zařízeních.

Pro kvantitativní část empirického výzkumu sloužila cílová skupina zdravotníků nemocnic Královéhradeckého a Libereckého kraje. V dotazníkovém šetření byli zastoupeni všichni členové zdravotnických týmů, aby byla zachována objektivita zjišťovaných dat. Záměrem výzkumného šetření bylo potvrdit hypotézy: H 1 - Psychickou náročnost zdravotnické profese vnímají zdravotníci ve všech věkových kategoriích, H 2 - Psychická zátěž je u zdravotníků více vnímána po delší době odpracované ve zdravotnictví, H 3: Psychická náročnost je vnímána napříč všemi zdravotnickými profesemi, H 4: Vnímání psychické náročnosti zdravotnické profese je stejné v chirurgických a interních oborech a je nezávislé na délce praxe.

Tato tvrzení vyvstala se zamyšlením se nad náročností zdravotnického povolání. Rovněž tato aktuální situace ve zdravotnictví souvisí s možnostmi zlepšit péči o zdravotníky v oblasti psychosociální a tím zároveň přispět ke zkvalitnění péče o pacienty v nemocnicích. Psychologická péče o zdravotníky v praxi je nedostatečná to dokládá i Světlák a Suchý (2011) názorem, že většinou je psychosociální péče spojena s pregraduálním vzděláváním zdravotníků v oblasti psychologie a komunikace, kterou udávají jako nedostatečnou. Studenti se s ní setkávají v době, kdy jsou v kontaktu spíše s představami o své profesi, než s konkrétními zkušenostmi z praxe. V postgraduálních programech, které se zabývají psychologickými tématy, je pak pozornost akcentována na potřeby a pocity pacientů. Prožívání a potřebám zdravotníků se věnujeme méně, než by bylo třeba (Světlák, Suchý, 2011). Zdravotníci představují skupinu profesionálů s vyšší četností poruch, které souvisí s expozicí nadměrného psychosociálního stresu. Schattner (2004) uvádí, že u lékařů dochází k vyšší prevalenci příznaků syndromu vyhoření a depresí včetně sebevražd, než u jiných profesí (Schattner, 2004). Stejně jako my, tak i Komačeková (2009) se zabývala ve své studii psychickou, ale i fyzickou zátěží zdravotníků při poskytování ošetrovatelské péče. Její názor tyto fakta potvrzuje. Stejně tak vyplývá i z našeho šetření. Zdravotníci velkou měrou vnímají psychickou i fyzickou náročnost své profese současně (Komačeková, 2009).

V souvislosti s tím byla stanovena hypotéza 1., kterou jsme otestovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (tab. 1), z něhož vyplývá, že nebyl prokázán rozdíl mezi věkovými skupinami. Psychickou náročnost zdravotnické profese vnímají zdravotníci ve všech věkových kategoriích. Přijímáme tedy nulovou hypotézu. Dále dle našeho šetření by byla psychická i fyzická náročnost zdravotnické profese, u více než poloviny respondentů důvodem ke změně zaměstnání. S tímto tvrzením se shodují také Bártlová a Hajduchová (2010), které uvádí, že důvodem odchodu sester je nadměrná psychická a fyzická zátěž (Bártlová, Hajduchová, 2010). Jak uvádí Pokojová (2011) ztrátou kvalitního zaměstnance přichází organizace o značné náklady spojené se zaškolením. Nalezení nového kvalitního zaměstnance pak může trvat i několik měsíců (Pokojová 2011). Podle Bártlové (2006) není fluktuaci a celkovým nákladům věnován patřičný význam a je třeba se soustředit na udržení stávajícího personálu, což je ekonomicky mnohem výhodnější, než nábor nových zaměstnanců (Bártlová, 2006). V současné době je i nábor nových zdravotníků mnohem náročnější, vzhledem k jejich nedostatku. Otázka, která s tím jistě souvisí, je současně naší druhou hypotézou: Psychická zátěž je u zdravotníků více vnímána po delší době odpracované ve zdravotnictví. Hypotéza byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (tab. 2). Z testování vyplývá, že nebyl prokázán rozdíl mezi dobou dopracovanou ve zdravotnictví. Psychická zátěž u zdravotníků je tedy vnímána v každém z uvedených období odpracovaném ve zdravotnictví stejně. Neplatí alternativní hypotéza, ale přijímáme nulovou hypotézu. V souvislosti s psychickou náročností jsme se dále zabývali otázkou, zda zdravotníci prožívají extrémní psychickou zátěž při výkonu své profese. Z odpovědí vyplývá, že v extrémní psychické zátěži se zdravotníci ocitají spíše méně. Podle Špatenkové a kol. (2011) je psychická zátěž ta, kterou můžeme z pohledu psychologie či psychiatrie popsat jako krizi či nebezpečný stav nebo životní událost. Taková životní situace si vyžaduje odbornou intervenci (Špatenková a kol., 2011). Zabývali jsme se otázkou, zda se zdravotníci ocitli v situaci, v níž by potřebovali psychosociální intervenci. Pouze dvacet respondentů potvrdilo, že se v této situaci ocitli. Světlák a Suchý (2004) uvádí, že zdravotníci jsou natolik přetížení prací, přičemž psychologickou souvislost s tím, jak se sami cítí, a jak tento stav může ovlivňovat jejich činnost a osobní život, často nereflktují. Navzdory tomu, že jsou zdravotníci profesionálové v pomáhajících profesích, znamená pro ně vyhledání včasné odborné pomoci totéž, co osobní a profesní selhání (Světlák, Suchý 2004).

Dále jsme ověřovali hypotézu 3: Psychická náročnost je vnímána napříč všemi zdravotnickými profesemi. Hypotéza byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (tab. 3). Z testování vyplývá, že nebyl prokázán rozdíl mezi psychickou náročností ve zdravotnických profesích. A psychická náročnost zdravotnické profese, je tedy vnímána v každé zdravotnické profesi stejně. Přijímáme nulovou hypotézu.

Také si myslíme, že vnímání psychické náročnosti v chirurgickém a interním odvětví zdravotnictví je stejné a je nezávislé na délce praxe, což je zároveň čtvrtou předkládanou hypotézou. Tuto hypotézu, jsme otestovali pomocí Pearsonova chí kvadrát testu (tab. 4). Testováním nebyla prokázána závislost vnímání psychické náročnosti v souvislosti s délkou praxe v oboru interním či chirurgickém, ve kterém je zdravotnická profese vykonávána.

Bylo třeba si položit otázkou, v koho zdravotníci mají důvěru v žádosti o pomoc. Z šetření vyplývá, že nejvyšší procento zdravotníků má důvěru ve svou rodinu a partnera. Nešpor (2007) uvádí, že jako nárazník proti profesionálnímu stresu působí, kvalitní síť mezilidských vztahů (Nešpor, 2007). Zacharová (2008) též uvádí sociální oporu jako významný faktor v prevenci stresu. Křivohlavý (1998) dále podmiňuje sociální oporu kvalitním sociálním kontaktem, kdy neopouštíme člověka v jeho náročných krizových situacích (Zacharová, 2008), (Křivohlavý, 1998). To potvrzuje i naše šetření, kdy zdravotníci uvedli, že mají důvěru v žádosti o pomoc i ve svých přátelích a kamarádech. Třetí skupina respondentů by se obrátila v žádosti o pomoc na vyškoleného kolegu peera. V šetření bylo nutné také hledat odpověď na otázku, jaká forma psychosociální intervenční podpory je pro zdravotníky nejdůležitější. Nevyšší počet respondentů uvedl, že jsou pro ně důležité všechny formy podpory, které by zahrnovaly preventivní podporu, jež by se zabývala vzděláváním v oblasti stresu a supervize. Dále bezprostřední po náročných situacích a následnou při posttraumatické stresové poruše nebo při chronickém stresu. To potvrzuje i názor Komačekové (2009), která navrhuje realizovat systematickou podporu či supervizi při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která by dovolila pochopit příčinu problému (Komačeková, 2009).

Nutností také je se zabývat se otázkou, které situace by vedly k využití psychosociální intervenční péče. Z šetření vyplývá, že zdravotníci by nejčastěji tuto službu využili při pocitu selhání a vyhoření. Druhou situací, kterou zdravotníci uvedli, byly pocity přepracovanosti a přetížení při výkonu jejich profese. Rusch (2003) i Kalwass (2007) se shodují, že syndrom vyhoření je odborným termínem označujícím stav fyzického,

mentálního a emocionálního vyčerpání, který je způsoben chronickými situačními stresy a velkým očekáváním a nejčastěji postihuje jedince, kteří volí práci v pomáhajících profesích (Ruch, 2003), (Kalwass, 2007). Ježorská et al. (2012) uvádí, že u skupiny 100 respondentů (všeobecných sester), které pracovaly s onkologicky nemocnými pacienty, se 25 sester nachází v riziku syndromu vyhoření a u 11 sester byl syndrom vyhoření již prokázán (Ježorská et. al., 2012). Z našeho výzkumu poté vyplývá, že 20 respondentů ze 170 zažilo situaci, kdy by službu psychosociální intervenční péče potřebovali.

S tímto souvisí i otázka, kterou jsme zdravotníkům položili v rámci dotazníku, a to, jaký způsob by preferovali při poskytování intervenční péče. Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji by se respondenti obrátili na psychologa a druhou větší skupinu tvoří zdravotníci, kteří by se obrátili na vyškoleného kolegu peera. V tuto chvíli je třeba se zabývat hlavní otázkou, a to zda jsou zdravotníci ve svých nemocnicích seznámeni se systémem psychosociální intervenční péče. Více než polovina respondentů uvedla, že má povědomí o fungování tohoto systému v nemocnici.

Dále jsme se dotazovali, zda jsou respondenti seznámeni s tímto systémem na svých pracovištích, zde svou kladnou odpověď vyjádřila také více než polovina respondentů. Současně s tím i více než polovina respondentů uvedla, že v nemocnici mají vyškolené kolegy peery a mají na ně kontakt na svém pracovišti. V souvislosti s tím nás zajímalo, zda by zdravotníci, doporučili službu psychosociální intervenční péče některému ze svých kolegů. Nejvyšší počet respondentů se shodl, že je to každého osobní věc. Druhá skupina respondentů by tuto službu svým kolegům doporučila. Třetí skupina, byla tvořena respondenty, kteří uvedli, že nemají s touto službou takovou zkušenost, aby ji mohli svým kolegům doporučit. Tato odpověď se nám potvrdila i v otázce, zda zdravotníci tuto službu již využili. Pouze 8 respondentů ze 170 využilo službu psychosociální intervenční péče.

V návaznosti na tyto odpovědi jsme provedli kvalitativní šetření s peery formou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem kvalitativního šetření bylo zjistit odpovědi na výzkumné otázky: VO 1: Jaký je zájem a efektivita v oblasti psychosociální intervenční péče?. VO 2: Jaké jsou překážky v poskytování psychosociální intervenční péče?. VO 3: Jaké je doporučení pro zvýšení zájmu o využití psychosociální intervenční péče?. Respondenti uvádí, zájem a efektivitu v rámci poskytování peer intervencí pro zdravotníky jako nízkou. To znázorňuje i citace respondenta 1, „ *co se týká peer podpory zdravotníků, je efektivita nízká (R1)* “. Zajímavý je názor Světláka a Suchého

(2011), kteří uvádí, že poměrně častým důvodem absence psychosociální péče o zdravotníky, který byl pozorován, je iluzorní představa samotných zdravotníků, že intervence a podpora přijde od vedení nemocnic. To dokládají i příkladem z praxe, kdy zaměstnanec své zoufalství a zlost vyjadřoval větou: „*Vedoucí přece musí vidět, že jsem přetížený a unavený.*“ (Světlák, Suchý, 2011 s. 304). Podpora a prevence v oblasti psychosociální jsou zajisté odpovědností zaměstnavatele, ale nutno dodat, že jen zaměstnanec přesně sám ví a dokáže posoudit, jaký druh intervence a podpory potřebuje a v tom také spočívá jeho díl odpovědnosti.

V ohledu na to je třeba se zabývat další výzkumnou otázkou, jaké jsou překážky v poskytování psychosociální intervenční péče. Je třeba dodat, že je to i osobnost zdravotníků což potvrzuje i vyjádření respondenta 3 „*jistě je to dáno i osobností zdravotníků, kteří si neradi říkají o pomoc (R3)*“. Světlák a Suchý (2011) poukazuje na problém, který se ve zdravotnictví vyskytuje. A to, že zdravotníci o závažných psychosociálních souvislostech často hovoří nanejvýš při obědě, a to s dávkou cynismu a ironie. Hledáme určitý únik, jak si udržovat odstup od emocí a případného podezření, že tyto problémy mohou být i skutečně závažné a mohou se týkat jednotlivých členů zdravotnického týmu. Mlčení a ignorování psychologického rozměru při výkonu zdravotnického povolání vytváří mnohdy iluzi, že zdravotníci jsou vždy vyrovnaní, silní, neomylní, osobně vyzrálí a vzdělaní jedinci, kteří zvládají vše. Takovou iluzi, pak zdravotníci nevědomě obhajují před veřejností, ale i sami před sebou navzájem (Světlák, Suchý 2011). K tomuto však Světlák a Suchý (2011) také dodává, že díky tomu se zdravotníci dostávají do pozice chladných profesionálů, jelikož méně mluví o pocitech a psychologických potřebách spojených s výkonem tak náročného povolání (Světlák, Suchý, 2011). Dalším důvodem proč zdravotníci méně využívají psychosociální intervenční péči je i strach ze ztráty anonymity a strach z odhalení, to dokládají i názory respondentů: „*je to strach z odhalení (R 1), myslím, že se zdravotníci bojí, že nebude zachována jejich anonymita (R 3)*“. Domníváme se, že k odbourání strachu ze ztráty anonymity je třeba, aby zdravotníci získali důvěru v peery. V tomto ohledu je třeba je si definovat slovo důvěra. Vymětal (2003) důvěru chápe, jako nutnost pro vztah, ve kterém má být navozena atmosféra bezpečí, přijetí a intimity. Slovo důvěra pochází ze staročeského slova viera, které má základ v latinském slově verus – pravý, opravdový, pravdivý. Důvěra se rozvíjí nebo zaniká s vlastní zkušeností a důvěryhodný člověk je spolehlivý, nám nakloněný a subjektivně blízký. Je pro nás i nositelem naděje (Vymětal, 2003).

Využití psychosociální intervenční péče, ale nesouvisí pouze jen s důvěrou v peery, ale i s povědomím o této službě. Proto třetí výzkumnou otázku, kterou jsme si položili, byla otázka: jaké je doporučení pro zvýšení zájmu o využití psychosociální intervenční péče? V rámci doporučení ze strany peerů bylo jednoznačnou odpovědí, propagace této činnosti. To dokládá i názor respondenta 1: „*Určitě více propagovat tuto službu*“ (R1) a názor respondenta 3: „*Asi by pomohla vyšší propagace a semináře na toto téma. Možná, by tento systém mohl být představen i studentům na zdravotnických školách*“ (R3). Z našeho pohledu máme v této oblasti ještě mnoho možností, které by mohly pomoci v rámci propagace psychosociální intervenční péče. Myslíme si, že je velmi nepravděpodobné, že by sami zdravotníci požádali své nadřízené o realizaci podpůrných programů zaměřených na psychosociální podporu nebo na supervizi. K tomu je třeba uvést i názor Světláka a Suchého (2011), kteří se domnívají, že většina programů péče o zdravotníky nevzniká jako výsledek úvahy managementu nemocnic poskytnout svým zaměstnancům podporu a prostor, ale jsou obvykle zaváděny jako reakce v období viditelných problémů a krizových situací. A jak dále uvádí, většinou tyto snahy končí s vyřešením kritické situace. S tím bohužel souvisí i vnímání těchto snah ze strany zaměstnanců, kteří tyto vnímají jako nástroj kontroly a hon na viníka. Výsledkem je poté posílený odpor zaměstnanců vůči jakýmkoliv snahám (Světlák a Suchý 2011). Je třeba si uvědomit, že české zdravotnictví bojuje o holý život a je třeba se o stávající i nově příchozí zdravotníky starat. Nemocnice nabízí svým zaměstnancům různé benefiční programy, kde by se mohl najít prostor i pro tuto službu. S tím se ztotožňuje i názor respondenta 1, který uvádí: „*A možná by pomohlo zahrnout ji i do benefitů, které nemocnice nabízí svým zaměstnancům* R (1)“.

Uvědomujeme si i nedostatky, které se vyskytly v rámci statistického zpracování. Kdy pro lepší statistické vyhodnocení by bylo třeba, porovnat zdravotníky s jinou skupinou v rámci populace. Domníváme se, že psychickou zátěž a stresové situace mohou prožívat i lidé v jiných pracovních odvětvích a možnost psychosociální intervence, by pro ně mohla být přínosem. Zároveň, by bylo zajímavé provést průzkum o povědomí v oblasti psychosociální pomoci mezi studenty, kteří se připravují v rámci studia do pomáhajících profesí.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá povědomím zdravotníků o psychosociální intervenční péči. Povědomí o fungování této služby jsme zjišťovali ve zdravotnických zařízeních za pomoci námi sestaveného dotazníku. Součástí práce bylo i zjistit názor peerů v oblasti využití a efektivity psychosociální intervenční péče.

Práce zdravotníků je z povahy povolání psychicky i fyzicky náročná, což se nám potvrdilo i ve výzkumném šetření. V souvislosti s tímto faktem jsme práci zaměřili, z našeho pohledu, na velmi důležitou oblast v péči o zdravotníky.

Pro práci byly definovány 2 cíle zaměřené na zjištění reálného stavu poskytování psychosociální intervenční péče a zjištění možnosti nabídky a využití psychosociální intervenční péče ve zdravotnických zařízeních. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníků pro zdravotníky. Celkově tvořilo výzkumný soubor 170 zdravotníků. V návaznosti na dotazníkové šetření byly stanoveny 4 hypotézy, které jsme statisticky ověřovali. Psychickou náročnost zdravotnické profese vnímají zdravotníci ve všech věkových kategoriích, tato hypotéza byla potvrzena. Psychická zátěž je u zdravotníků více vnímána po delší odpracované době ve zdravotnictví, tato hypotéza nebyla potvrzena. Zdravotníci vnímají psychickou zátěž bez ohledu na délku praxe. Psychická náročnost je vnímána napříč všemi zdravotnickými profesemi, tato hypotéza byla potvrzena. Vnímání náročnosti zdravotnické profese je stejné v chirurgických a interních oborech a je nezávislé na délce praxe, tato hypotéza byla potvrzena. Druhá část našeho výzkumného šetření se týkala peerů- vyškolených zdravotníků poskytujících psychosociální intervenční péči ve zdravotnických zařízeních. Šetření bylo provedeno pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti peery. V souvislosti s vytyčeným cílem byly formulovány 3 výzkumné otázky. Zájem a efektivita v oblasti využití psychosociální intervenční péče zdravotníky je nižší. Překážky, které jsou vnímány peery ze strany zdravotníků, jsou zejména v oblasti důvěry a nechuti se svěřovat se svými problémy. Pro zvýšení zájmu v oblasti využití této služby, by nejvíce pomohla větší propagace a zařazení tohoto tématu do pravidelných seminářů.

Doporučení pro praxi

Práce by mohla sloužit jako podklad pro vytvoření edukačního materiálu pro zdravotníky či pro tvorbu seminářů, aby se rozšířilo povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči. Zdravotníci by pak mohli získat větší důvěru v tuto službu, která by jim mohla pomoci zvládat tak náročné povolání, jakým je profese

zdravotníka. Problematiku psychické zátěže ve zdravotnictví považujeme za velmi důležitou a často opomíjenou. Z tohoto důvodu by bylo jistě přínosné uskutečnit výzkum o povědomí v oblasti psychosociální pomoci mezi studenty, kteří se připravují v rámci studia do pomáhajících profesí. Naší vizí je, aby se psychosociální péče o zdravotníky stala přirozenou součástí péče o zaměstnance ve zdravotnictví.

6 LITERATURA:

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada a.s.Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S., 2015. *Řízení lidských zdrojů*. 13. vydání. Praha: Grada a.s. Publishing. 928 s. ISBN 975-80-247-5258-7.
3. ASEGID, A., BELACHEW, T., YIMAM, E., 2014. Factors Influencing Job Satisfaction and Anticipated Turn over among Nurses in Sidama Zone Public Health Facilites, South Etiopia. *Nursing Research and Practice*. 2014 (2014), 1-26, doi: 10.1155/2014/909768
4. BALINT, M., 1999. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada a.s. Publishing. 336 s. ISBN 80-7169-734-6.
5. BALKOVÁ, H., ZIBRINOVÁ, M., 2012. Motivace sester na pracovišti. *Sestra*. 22(6), 29-30. ISSN 1210-0404.
6. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
7. BARTŮŇKOVÁ, S., 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
8. BAŠTECKÁ, B., a kol., 2005. *Terénní krizová práce psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada a.s. Publishing. 300 s. ISBN 80-247-0708-X.
9. BAŠTECKÁ, B., 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál s.r.o.. 516 s. ISBN 978-80-7367-470-0.
10. BÁRTLOVÁ, S., 2006. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Florence*. 2(4), 48-49. ISSN 1801-464X.
11. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., 2010. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. 13(3), 110-115. ISSN 1213-6050.
12. BÁRTOLVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

13. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M., 2010. *Vztah sestry-lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 126 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
14. BRIA, M., BĂBAN, A., DUMITRAȘCU, D. L., 2012. Systematic Review of Burnout Risk Factors Among European Healthcare Professionals. *Cogniție, Creier, Comportament / Cognition, Brain, Behavior*. 10(3), 423-452. ISSN: 1224-8398.
15. ČAKRT, M., 2012. *Typologie osobnosti pro manažery*. 2. vydání. Praha: Management Press, s.r.o. 306 s. ISBN 978-80-7261-201-7.
16. DAVIDSON, L., CHINMAN, M., SELLS, D., ROWE, M., 2006. Peer support among adults with serious mental illness: a report from field. *Schizophrenia bulletin*. 32(3) 443-450, doi:10.1093/schbul/sbj043.
17. DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J., HERMANOVÁ, M., 2010. Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Psychoterapie*. 4 (3-4), 169-173. ISSN 1802-3983.
18. DURKHEIM, E., 2006. *On suicide*. United states: Penguin group. 480 s. ISBN 978-01-4044-967-9.
19. FOITOVÁ, Z., et. al., 2014. *Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 95 s. [cit. 2018-08-02] Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPKweb.pdf
20. FREUDENBERGER, H. J., 1974. Staff burn-out. *Journal of social*. 1(30), 159–165, doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
21. GÓMEZ-GASCÓN, T., et al. 2013. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*. 14(1), 173-179, ISSN 1471-2296.
22. HART, P. D., 2001. *The Nurse Shortage: Perspectives from Current Direct Care Nurses and Former Direct Care Nurses*. [online]. [cit. 2018-06-03]. doi.org/10.1111/j.1365-2934.2005.00567.x. Dostupné z: http://www.aft.org/healthcare/download/Hart_Report.pdf.
23. HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M., et al., 2008. *Praktická supervize*. Praha: Galén. 212 s. ISBN 978-80-7262-532-1.

24. HAWKINS, P., SHONET, R., 2016. *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. vydání. Praha: Portál. 208 s. ISBN 987-80-262-0987-4
25. HEES, A. K., 1980. *Psychotherapy Supervision: Theory Research and Practice*. 2. vydání. New York: Wiley. 611 s. ISBN 0-4710-5035-0.
26. HOFFMAN, A., HRDINOVÁ, L., KERDOVÁ, M., HUMPL, L., 2017. PEER je ten, kdo nabízí pomoc a rozumí. *Florence*. 13(10), 20-21. ISSN 1801-464 X.
27. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
28. HONZÁK, R., 2015. *Jak se vyhnout syndromu vyhoření*. 2. vydání. Praha: Vyšehrad. 240 s. ISBN 978-80-7429-552-2
29. HOSKOVCOVÁ, S., 2009. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
30. HUMPL, L., 2018. [online]. *SPIS-systém psychosociální intervenční služby*. [cit. 2018-06-03]. Dostupné z: <https://spis.cz/kdo-jsme/>
31. HUMPL, L., 2018. [online]. *Vzdělávání SPIS 2017*. [cit. 2018-06-03]. Dostupné z: <https://spis.cz/2018/02/13/vzdelavani-spis-2016/>
32. HUMPL, L., 2018. [online]. *Peer podpora 2017*. [cit. 2018-06-03]. Dostupné z: <https://spis.cz/2018/02/13/peer-podpora-2016/>
33. HUMPL, L., PROKOP, J., TOBIÁŠOVÁ, A., 2013. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství o nelékařských zdravotnických. 134 s. ISBN 978-80-7013-562-4.
34. JEŽORSKÁ, Š., KOZYKOVÁ, J., CHRASTINA, J., 2012. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovatel'stvo*. 2(2), 56-62. ISSN 1338-6263.
35. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci i osobním životě*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7367-299-5.

36. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče- prevence, ochrana a podpora zdravotní sestry. *Sestra*. 19(7-8), 26-28. ISSN 1210-0404.
37. KOPŘIVA, K., 2016. *Lidský vztah jako součást profese s předmluvou Jiřiny Šiklové*. 8. vydání. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1147-1.
38. KRASKA – LÜDECKE, K., 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada a.s. Publishing. 116 s. ISBN 978-80-24718-33-0.
39. KROGSTAD, U., HOFLOSS, D., VEENSTRA, M., HJORTDAHL, P., 2006. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human Resources for Health*. 4(3), 1-8 doi:10.1186/1478-4491-4-3.
40. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
41. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada a.s. Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
42. KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada a.s. Publishing. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
43. NEŠPOR, K., 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*. 4(9), 371-373. ISSN 1214-8687.
44. NCONZO, 2018. [online]. *PEER program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům-strategie zvládnání psychicky náročných profesních situací*. [cit. 2018–06–03]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/peer-program-pece-a-podpory-zdravotnickym-pracovnikum-strategie-zvladani-psychicky-narocnych-profesnich-situaci>
45. NOVÝ, I., SURYNEK, A., 2006. *Sociologie pro ekonomy a manžery*. 2. vydání. Praha: Grada a.s. Publishing. 288 s. ISBN 80-247-1705-0.
46. NOWAKOWSKA, S., WOLNIEWICZ, Ł., 2017. Professional burnout among nurses and paramedics. *Medical Science Pulse*. 11(2), 22-25. ISSN 2080-2021.

47. MATOUŠEK, O., a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
48. MAREŠ, J., 2016. Moral distress: Terminology, theories and models. *Kontakt* 18(3), 151-159. ISSN 1212-4117.
49. MAUER, M., 2006. Psychologické aspekty hygieny. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2(9), 360. ISSN 1801-1349.
50. MICHKOVÁ, A., 2008. *Supervize*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
51. MÍČEK, L., 1984. *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 208 s. ISBN 14-400-84.
52. NAKONEČNÝ, M., 2013. *Lexikon psychologie*. 2. vydání. Praha: Vodnář, 221 s. ISBN 978-80-7439-056-2.
53. NOVOTNÁ, E., 2008. *Základy sociologie*. Praha: Grada a.s. Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-2396-9.
54. PEŠEK, R., PRAŠKO J., 2016. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta Publishing s.r.o. 179 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
55. POKOJOVÁ, R., 2011. Hodnocení spokojenosti zaměstnanců. *Sestra*. 21(3), 22-23. ISSN: 1210-0404.
56. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
57. ROGERS, C. R., 2014. *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 344 s. ISBN 987-80-262-0597-5.
58. RUSH, M., 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů. 132 s. ISBN 80-7255-074-8.
59. SCHATTNER, P., DAVIDSON, S., SERRY, N., 2004. Doctors health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *The Medical Journal of Australia*. 181(7), 348-349. ISSN 0025-729X4.

60. SCHMIDBAUER, W., 2008. *Syndrom pomocníka. Podměty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, s.r.o.. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
61. *Supervize. Stránky pro supervizory a supervidované*, 2018. [online]. Supervize. [cit. 2018-03-06]. Dostupné z: [https:// www.supervize.eu/](https://www.supervize.eu/).
62. SVĚTLÁK, M., SUCHÝ, A., 2011. Psychologická péče o zdravotníky v onkologii:současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví. *Klinická onkologie*. 24(4), 302-207. ISSN 0862-495X.
63. ŠEBLOVÁ, J., ČEPICKÁ, B., 2010. [online]. *Individuální a skupinové intervence v prostředí ZZS a role koordinátora CIMS*. [cit. 2018-03-06]. Dostupné z : <http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/2010/Seblova.pdf>
64. ŠIMEK, A., 2004. *Supervize-kazuistiky*. Praha: Triton. 171 s. ISBN 80-7254-496-9.
65. ŠPATENKOVÁ, N. a kol., 2011. *Krizová intervence pro praxi. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada a.s. Publishing. 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
66. ŠVÁBOVÁ, K., TUČEK, M., NAKLÁDALOVÁ, M., 2013. *Pracovní lékařství pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 154s. ISBN 978-80-87553-74-9.
67. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vydání. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
68. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum. 413 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
69. VENGLÁŘOVÁ, M., A KOL., 2011. *Sestry v nouzi syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada a.s. Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
70. VÉVODA, J., A KOL., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada a.s. Publishing, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
71. VLÁŠKOVÁ, L., KOLÁŘOVÁ, V., 2009. Psychologická metoda „debriefing“ a její praktická aplikace u záchranářů v rámci Rallye Rejvíz 2009. *Urgentní medicína*. 12(2), 23-25. ISSN 1212-1924.
72. VYMĚTAL, J., 2003. *Úvod do psychoterapie 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada a.s. Publishing. 264 s. ISBN 80-247-0253-3.

73. WILD, P., PARSONS, V., DIETZ, E., 2006. Nurse practitioner's characteristics and job satisfaction. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 28(9), 471-478. doi: 10.1111/j.1745-7599.2006.00173.x.
74. ZACHAROVÁ, E., 2008. Syndrom vyhoření- riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi*. 10(1), 41-42. ISSN 1212-7299.
75. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada a.s. Publishing, 264 s. ISBN 987-80-271-0155-9.
76. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2018-03-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 87, s. 2902-16. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_do_30.9._2017.pdf

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro zdravotníky

Příloha 2 Polostrukturovaný rozhovor pro peery

Příloha 3 Doklad o kódování rozhovorů technikou „tužka a papír“

Příloha 1 – Dotazník pro zdravotníky

Dotazníkové šetření

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Veronika Dašková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který je zcela anonymní a slouží pro účely mé diplomové práce s názvem „Povědomí zdravotníků o psychosociální intervenční péči“.

Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Veronika Dašková

(Zakřížkujte, případně doplňte jednu odpovídající možnost).

1. Jste

muž

žena

2. Váš věk je?

do 20- ti let

21-29 let

30-39 let

40-49 let

50-59 let

60 a více

3. Vaše kvalifikace je?

lékař

- všeobecná sestra
- porodní asistentka
- všeobecná sestra se specializací
- všeobecná sestra absolvent/ka bakalářského studijního programu
- všeobecná sestra absolvent/ka magisterského studijního programu
- praktická sestra
- sanitář/ka

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- do 5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 a více let

5. Jaký je obor, ve kterém aktuálně pracujete?

- interní
- chirurgie
- intenzivní péče
- gynekologie a porodnictví
- gerontologie a geriatrie
- onkologie
- hematoonkologie
- ambulantní obory
- následná péče
- urgentní příjem pacientů

jiný

6. Vnímáte práci ve zdravotnictví jako?

psychicky náročnou

fyzicky náročnou

obojí

ani jedna z možností

7. Přemýšlel/a jste někdy o změně zaměstnání?

ano

ne

Je-li Vaše odpověď na otázku číslo 7 **ne**, pokračujte otázkou číslo 9.

8. Jaký by byl Váš důvod, ke změně zaměstnání?

psychická náročnost

fyzická náročnost

obojí

žádná z možností

jiný, uveďte.....

9. Myslíte si, že ve Vaší nemocnici funguje Systém psychosociální intervenční péče?

ano

ne

nevím

10. Byl/a jste na Vašem pracovišti seznámen se Systémem psychosociální intervenční péče?

ano

ne

nevím

11. Máte ve Vaší nemocnici vyškolené psychosociální pracovníky-peery?

ano

ne

nevím

12. Máte na svém pracovišti kontakt na psychosociálního pracovníka peera?

ano

ne

nevím

13. Ocitl/a jste se někdy v extrémní (zejména psychické) zátěži?

ne

málokdy

často

14. Ocitl/a jste se někdy v situaci, v níž byste potřeboval/a psychosociální pomoc?

zatím ne

ano

Pokud ano, prosím popište stručně tuto situaci.....

15. Představte si, že jste se ocitl/a v náročné pracovní situaci. Na koho byste se s největší důvěrou obrátil/a s žádostí o psychosociální pomoc?

psychologa

vyškoleného kolegu (peera)

telefonickou krizovou linku

- partnera, rodinu
- kamaráda
- nadřízeného pracovníka
- kaplana
- zřejmě na nikoho
- jinou, uveďte.....

16. Kterou formu psychosociální intervence považujete při práci zdravotníka za nejdůležitější?

- preventivní (např. vzdělávání v oblasti stresu, učení se novému životnímu stylu, supervize)
- bezprostřední (po náročných situacích)
- následnou (při posttraumatické stresové poruše, při chronickém stresu, např. psychologické poradenství)
- všechny jsou stejně důležité
- žádná není potřebná
- nevím
- jinou, uveďte

17. V jakých situacích byste pravděpodobně využil/a psychologické a psychosociální pomoci? (Je možno označit více možných odpovědí).

- v situaci pochybení
- neúspěšná resuscitace
- péče o těžce a kriticky nemocné pacienty
- napadení či zranění při výkonu povolání
- poškození pacienta zdravotníkem

- v případě konfliktních vztahů na pracovišti
- při pocitu přepracovanosti a přetížení
- při pocitu vlastního selhání, vyhoření
- kontaktu s příbuznými
- sebevraždy pacienta
- kumulovaného stres
- péče o pachatele trestných činů
- události s nadměrným zájmem médií
- absenci pozitivní zpětné vazby
- mobbing, bossing na pracovišti
- jiné uveďte.....

18. Jaký způsob psychosociální intervenční péče byste v případě potřeby preferoval/a?

- telefonickou
- mezi čtyřma očima (s psychologem)
- mezi čtyřma očima s vyškoleným kolegou peerem
- skupinovou
- žádnou
- jiný, uveďte.....

19. Jak dlouho se obvykle vyrovnáváte se zátěžovou, stresovou situací?

- ihned
- během krátké doby (do 4 týdnů)
- trvalo to delší dobu (více jak 4 týdny)

- nevypořádal(a) jsem se s tím dodnes
- žádnou stresovou situaci jsem neprožil(a)

20. Využil/a jste někdy pomoci psychosociální intervenční péče?

- ano, byla mi nabídnuta
- ano, sám/a jsem ji vyhledal/a
- ne
- nechci se vyjádřit

Je-li Vaše odpověď na tuto otázku ne, nebo se nechcete-li se k této otázce vyjádřit, pokračujte k otázce číslo 22.

21. Pokud ano, byla pro Vás tato psychosociální intervence přínosem?

- ano
- částečně
- ne
- nechci se vyjádřit

22. Z jakého důvodu byste nevyužil/a službu psychosociální intervenční péče?

- nechci se svěřovat
- zvládám to sám/a
- zvládám to s pomocí kolegů
- zvládám to s pomocí rodiny a přátel
- nemám důvěru
- jiný, uveďte.....

23. Doporučil/a byste službu psychosociální intervenční péče některému ze svých spolupracovníků?

- ano

- ne
- nikdo z nás ji nepotřebuje
- nevím, zda by někomu mohla pomoci
- je to každého věc
- ne, nemám s touto službou zkušenost

Zdroj: vlastní

Příloha 2 – Polostrukturovaný rozhovor pro peery

Kvalitativní výzkum

Záznam č.

Metodika-Polostrukturovaný rozhovor

Výzkumná otázka-Zjistit jaká je efektivita při poskytování psychosociální intervenční péče.

Otázky k rozhovoru s peery:

1. Jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče?
2. Co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče?
3. Co byste doporučili pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby?

Zdroj: vlastní

Příloha 3 -Doklad o kódování rozhovorů technikou „tužka a papír“

Respondent 1

První respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita psychosociální intervenční péče odpověděl, co se týká peer podpory zdravotníků, je efektivita nízká. V poskytování intervencí pro osoby zasažené a blízké je to o něco lepší. Většinou jde o řešení skupinových peer intervencí v rámci oddělení. Peer intervence pro jednotlivce, máme spíše minimálně. Na druhou otázku, co brání využívání intervenční péče, odpověděl, dle mého názoru je to strach z odhalení a nízká propagace naší činnosti. Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověď zněla určitě více propagovat tuto službu a možná by pomohlo zahrnout ji i do benefítů, které nemocnice nabízí svým zaměstnancům.

Respondent 2

Druhý respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl myslím si, že by mohla být i vyšší, ale jsme rádi, když můžeme zasaženému pomoci. Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče odpověď zněla, co brání efektivitě, to nedokážu posoudit. A co brání využívání pomoci a podpory, kterou nabízíme je nám také často skryto, každopádně vím, že ti, co se na nás obrátí, představují jen pouhou špičku ledovce. Problémů je reálně mnohem více. Důležitá je prezentace naší činnosti, a to periodicky a opakovaně, aby i nově příchozí zaměstnanci o této službě věděli. Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověď zněla nejlepší reklamou je činnost, dobře odvedená práce a reference. Doporučil bych určitě pravidelnou informovanost o této službě.

Respondent 3

Třetí respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl na tuto otázku, asi nedokážu odpovědět, ale myslím, že spíše nízká. Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče odpověď zněla myslím, že se zdravotníci bojí, že nebude zachována jejich anonymita a jistě je to dáno i osobností zdravotníků, kteří si neradi říkají o pomoc.

Zdroj: vlastní

Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků, k využití této služby odpověď zněla, *asi by pomohla vyšší propagace a semináře na toto téma. Možná, by tento systém mohl být představen i studentům na zdravotnických školách.*

Respondent 4

Čtvrtý respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl, *dle mého názoru máme poměrně vysokou efektivitu v provedených intervencích u zdravotníků, jsou to, ale spíše vyžádané intervence pro kolektivy, jednotlivci nás vyhledávají o něco méně.* Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče respondent odpověděl: *v první řadě si myslím, že je to nedůvěra k peerům, která je dána všeobecně nízkou propagací, intervenci a péči jsou spíše spojovány se záchrankami při řešení krizových intervencí v nemocnicích je nízká informovanost.* Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověděl, *měl by být seminář, kde by byla představena naše činnost a více propagačního materiálu na oddělení.*

Respondent 5

Pátý respondent v polostrukturovaném rozhovoru na otázku, jaká je efektivita v poskytování psychosociální intervenční péče odpověděl, *myslím, že efektivita je spíše nižší, jelikož zdravotníci tuto službu nevyužívají tak často.* Na druhou otázku, co brání efektivitě a využívání psychosociální intervenční péče odpověď zněla: *zdravotníci o nás moc nevědí, nevědí, co děláme a kde nás mohou najít. Myslím si ale, že toto je věc managementu nemocnic.* Na třetí otázku, co byste doporučil pro větší efektivitu a zájem zdravotníků k využití této služby odpověď zněla, *stoprocentně vyšší propagaci a reklamu.*

Zdroj: vlastní

9 POUŽITÉ ZKRATKY

CIMS	Critical Incident Stress Managementu
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
Z 73.0	Problémy spojené s obtížemi při vedení života – vyhasnutí (vyhoření)
HH	Z anglického helplessness a hopelessness- prožívání pocitu bezmocnosti a beznaděje z přetížení
REM	Fáze spánku- z anglického Rapid Eye Movement (rychlé oční pohyby)
IBM SPSS	International Business Machines Statistical Package for Social Science
Bc.	Bakalář, vysokoškolský titul, absolvent bakalářského programu
Mgr.	Magistr, vysokoškolský titul, absolvent magisterského programu
PSS	Pomaturitní specializační studium
a.s.	Akciová společnost